

Le jeu pathologique

Comprendre – Prévenir – Traiter

Chez le même éditeur

Dans la collection :

- Psychiatrie en milieu carcéral, par P. Thomas, C. Adins-Avinée, 2011
- L'enfant schizophrène – L'enfance du schizophrène, par D. Bailly, 2011
- Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale, par J.-Y. Giordana, 2010
- Psychiatrie, VIH et hépatite C. Quels enjeux de santé publique ? Quels enjeux pour la société ? par J.-P. Lang, 2009.
- La conscience dans tous ses états. Approches anthropologique et psychiatrique : cultures et thérapies, par S. Baud, N. Midol, 2009.
- Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs, par J. Furtos, 2008.
- L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie, par Marie-Christine Hardy-Baylé, J.-M. Chabot, 2008.
- Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, par D. Bailly et M.-C. Mouren.
- Les traitements du trouble obsessionnel compulsif, par B. Aouzerate et J.-Y. Rotgé, 2007.
- Le diagnostic en psychiatrie : questions ethniques, par A. Danion-Gillat, 2006.
- Les représentations sociales de la schizophrénie, par F.-S. Kohl, 2006.
- Addictions et psychiatrie, par M. Reynaud, 2005.
- Psychotraumatismes : prises en charges et traitements, par G. Vaiva *et al.*, 2005.
- Mesurer les événements de vie en psychiatrie, par Ph. Gorwood, 2004.
- Retrouvez tous les ouvrages du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française sur www.elsevier-masson.fr et sur www.cpnlf.fr

Le jeu pathologique

Comprendre – Prévenir – Traiter

Sous la direction de Marie Grall-Bronnec

Psychiatre,

Service d'addictologie du CHU de Nantes



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-72671-2

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

LISTE DES COLLABORATEURS

Achab Sophia, psychiatre, chef de clinique, Addictology Unit, Mental Health and Psychiatry Department, WHO Collaborating Center, University Hospital of Geneva ; EA 481, université de Franche-Comté, Genève, Suisse.

Achour Armelle, psychologue, directrice de SOS Joueurs, Paris.

Alexandre Jean-Marc, CNRS USR 3413, centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux, université de Bordeaux.

Amadiou Thomas, Groupe d'étude des Méthodes de l'analyse sociologique de la Sorbonne, UMR 9598, université Paris-Sorbonne, Maison de la recherche de la Sorbonne, Paris.

Auriacombe Marc, psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier. CNRS USR 3413, centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux, université de Bordeaux.

Barraut Servane, Laboratoire de psychopathologie et processus de santé, université Paris- Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Boulogne-Billancourt.

Belkacem Abdou, psychiatre, praticien attaché, expert judiciaire, service d'addictologie, centre hospitalier des Quatre-Villes, Sèvres.

Billieux Joël, Institut de recherche en sciences psychologiques, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, université de Louvain-La-Neuve, Belgique.

Bonnaire Céline, psychologue clinicienne, maître de conférences. Laboratoire de psychopathologie et processus de santé, équipe de psychopathologie des addictions et des émotions, université Paris-Descartes, Sorbonne Paris-Cité. Centre Émergence, Espace Tolbiac, Paris.

Bouju Gaëlle, Institut fédératif des addictions comportementales. Pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie. EA 4275, université de Nantes.

Boutin Claude, psychologue clinicien, La Maison Jean-Lapointe, Montréal, Québec, Canada.

Bucher Christian, psychiatre, praticien hospitalier, CHS Sarreguemines, CSAPA du centre hospitalier Haguenau, Haguenau.

Caillon Julie psychologue, Institut fédératif des addictions comportementales. Pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU, Nantes.

Chéreau Isabelle, psychiatre, praticien hospitalier, Centre médico-psychologique B, service du Pr Llorca, CHU, Clermont-Ferrand.

Codina Irène, psychologue clinicienne, hôpital Marmottan, Paris.

Cohen Julien, psychiatre, service universitaire d'addictologie du Pr Lançon, CHU Sainte-Marguerite, Marseille.

Costes Jean-Michel, Observatoire des Jeux, Paris.

Delavenne Héloïse, unité Inserm 1073, Laboratoire ADEN, CHU, Rouen, université de Rouen.

Denis Cécile, docteur en psychologie, chercheur en post-doctorat à l'université de Pennsylvanie, Philadelphie (USA). Centre hospitalier Charles-Perrens, université de Bordeaux.

Devynck Faustine, psychologue clinicienne. Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, École de psychologie, Sainte-Foy, Québec, Canada. UFR de psychologie, université Charles-de-Gaulle, Lille-3, Villeneuve d'Ascq.

Fatseas Mélina, psychiatre, praticien hospitalier, département d'addictologie, centre hospitalier Charles-Perrens. Chercheur HDR, CNRS USR 3413, université de Bordeaux.

Garcia Frederico, psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier, département de psychiatrie. Unité Inserm 1073, Laboratoire ADEN, CHU, Rouen, université de Rouen. Faculté de médecine de l'Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brésil.

Giroux Isabelle, psychologue, professeure agrégée, École de psychologie, université Laval, Québec, Canada.

Gorsane Mohame-Ali, psychiatre, praticien hospitalier, département de psychiatrie et d'addictologie CERTA. Hôpital Paul-Brousse, Paris, université Paris-XI.

Gorwood Philippe, psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier, Inserm U894 (Centre de psychiatrie et neurosciences), Paris. Centre hospitalier Sainte-Anne (CMME), Paris, université Paris-Descartes.

Grall-Bronnec Marie, psychiatre, praticien hospitalier, service d'addictologie, Institut fédératif des addictions comportementales. Pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie. CHU, EA 4275 université de Nantes.

Guillou-Landréat Morgane, psychiatre, praticien hospitalier, service d'addictologie, centre hospitalier des pays de Morlaix, Morlaix. Institut fédératif des addictions comportementales, CHU, Nantes.

Haffen Emmanuel, professeur des universités, praticien hospitalier, service de psychiatrie de l'adulte, CIC-IT 808 Inserm, CHU, Besançon. EA 481, université de Franche-Comté.

Jacques Christian, professionnel de recherche, chercheur, Ecole de psychologie, université Laval, Québec, Canada.

Khazaal Yasser, psychiatre, Addictology Unit, Mental Health and Psychiatry department WHO Collaborating Center, University Hospital of Geneva.

Lagadec Marthylle, psychologue clinicienne. Institut fédératif des addictions comportementales. Pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie, CHU, Nantes. Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie-BIZIA, centre hospitalier de la côte basque, Bayonne.

- Legauffre Cindy**, psychologue clinicienne, service psychiatrie-addictologie, hôpitaux universitaires Paris-Nord-Val-de-Seine (AP-HP), Colombes.
- Lejoyeux Michel**, psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier, service de psychiatrie et addictologie, hôpital Bichat, Paris.
- Magalon David**, psychiatre, praticien hospitalier, Centre de traitement des addictions, CHU, Marseille.
- Mauras Thomas**, Interne en psychiatrie des hôpitaux de Paris, Institut du cerveau et de la moelle, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.
- Meyniel Florent**, ancien élève de l'École normale supérieure, doctorant, Motivation, Brain & Behavior Team, Institut du cerveau et de la moelle épinière, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.
- Nicolier Magali**, service de psychiatrie de l'adulte, CIC-IT 808 Inserm, CHU, Besançon.
- Piedallu Jeanne**, Laboratoire Cerlis (Centre de recherche sur les liens sociaux), université Paris-Descartes, Sorbonne, Paris.
- Ramoz Nicolas**, Inserm U894, Centre de psychiatrie et neurosciences, Paris.
- Romo Lucia**, psychologue clinicienne, professeur des universités. Laboratoire Evaclipsy, UFR SPSE, université Paris-X, Nanterre.
- Simon Olivier**, psychiatre, Centre du jeu excessif, CHU vaudois, Lausanne, Suisse.
- Thibaut Florence**, psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier, département de psychiatrie, CHU Charles-Nicolle et université de Rouen/Inserm.
- Trepos Jean-Yves**, professeur des universités, Laboratoire lorrain de sciences sociales, université de Lorraine, Metz.
- Trucy François**, médecin, sénateur du Var, ancien maire de Toulon, rapporteur de la Loi du 12 mai 2010, Paris.
- Valleur Marc**, psychiatre, praticien hospitalier, chef de service, hôpital Marmottan, Paris.
- Vénisse Jean-Luc**, psychiatre, professeur des universités, praticien hospitalier, directeur du Pôle universitaire d'addictologie et de psychiatrie, CHU, Nantes. Fondateur de l'Institut fédératif des addictions comportementales. EA 4275, université de Nantes.
- Versini Audrey**, Inserm U894, Centre de psychiatrie et neurosciences, Paris.
- Vilotte Jean-François**, président de l'ARJEL, Paris.
- Zullino Daniele**, psychiatre, Addictology Unit, Mental Health and Psychiatry département, WHO Collaborating Center, Hospital of Geneva, Genève, Suisse.
- Zumwald Coralie**, psychologue, Centre du jeu excessif, CHU vaudois, Lausanne, Suisse.

CONGRÈS DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE

Responsables d'édition

Rédacteur en chef : Professeur P. THOMAS, Secrétaire général

Comité d'édition :

Professeur M. BOURGEOIS

Professeur J.D GUELF

Docteur J.P CHABANNES

Professeur D. BAILLY

Professeur P. MARTIN

Docteur P. SCHOENDORFF

Docteur J. BURGONSE

Professeur G. DARCOURT

Professeur J. PALAZZOLO

Professeur L. SCHMITT

Docteur C. SPADONE

Docteur D. SZEKELY

Docteur H. WEIBEL

Conseiller pour le Prix « Premières Communications » :

Docteur V. AUBIN-BRUNET

Comité scientifique :

Président : Professeur L. SCHMITT

Membres :

Professeur M. ANSSEAU

Professeur D. BAILLY

Professeur F. BAYLÉ

Professeur V. CAMUS

Professeur M. DELAGE

Professeur P. MARTIN

Professeur C. MILLE

CHAPITRE 1

Les différents types de jeux de hasard et d'argent

J. Piedallu

L'approche anthropologique du jeu, qui s'est développée au cours du ^{xx}e siècle, a permis de mettre en exergue le rôle central de cette activité dans nos sociétés. [Frobenius \(1921\)](#) fut le premier à développer l'idée selon laquelle, le jeu permet aux humains d'acquérir l'aptitude à manier des représentations et à jouer des rôles sociaux. L'historien Huizinga (1938) reprend cette thèse dans un ouvrage de référence, où il soutient que le jeu est à la source même de la culture. [Caillois \(1958\)](#) le définit comme une « activité libre et volontaire, source de joie et d'amusement, isolée du reste de l'existence, accomplie dans des limites précises de temps et de lieu, incertaine, comportant des règles précises, fictive et improductive ». Il est le premier à établir une classification des jeux et à y introduire les jeux de hasard. Il distingue quatre classes de jeux selon l'attitude des joueurs : l'*Agôn* (jeux de compétition) ; l'*Aléa* (jeux de hasard) ; la *Mimicry* (jeux de simulacre) et l'*Ilinx* (jeux de vertige). Il précise que ces attitudes ne se rencontrent pas toujours isolément. Les jeux de hasard et d'argent (JHA) sont, selon lui, situés à la frontière des jeux de vertige et des jeux de hasard.

L'utilisation du hasard au cours de l'histoire

Jusqu'au début du ^{xvii}e siècle, l'utilisation du hasard était considérée comme une manière d'invoquer le jugement divin ([Brenner et Brenner, 1993](#)). Le tirage au sort était utilisé pour connaître la volonté de Dieu afin d'effectuer des choix de première importance. Toute utilisation abusive ou futile du hasard était condamnée par l'Eglise. Les JHA ont d'abord été interdits en France. Toutefois, l'engouement des foules pour ces loisirs et l'intérêt que représentait ce moyen

d'augmenter sensiblement ses recettes conduirent l'État à les légaliser avec la création de la loterie nationale en 1933. Les JHA sont aujourd'hui encadrés et considérés comme un secteur économique à part entière (Durand, 2008).

Les opérateurs de jeux de hasard et d'argent

Le marché est partagé entre les opérateurs historiques (la Française des Jeux, le Pari Mutuel Urbain et les Casinos) et les nouveaux opérateurs de jeux en ligne. La Française des Jeux (FDJ) est une société anonyme d'économie mixte dont 72 % des parts appartiennent à l'État. Elle gère les jeux de tirage et de grattage, sur lesquels elle exerce un monopole, et des jeux de pronostics sportifs (paris mutuels et paris à cote) qu'elle propose dans ses points de vente et sur Internet. Depuis 2010, la FDJ propose également une offre de poker en ligne. Le Pari Mutuel Urbain (PMU), créé en 1931, est un groupement d'intérêt économique constitué de 50 sociétés de courses. Il commercialise les paris sur les courses de chevaux au sein du territoire français. Le chiffre d'affaire du PMU décolle en 1954 avec l'introduction d'une nouvelle variante de jeu : le tiercé. Des enjeux faibles, des gains mis en jeu considérables, la retransmission des courses en direct à la télévision et la diffusion de journaux de courses (permettant d'analyser et de comparer les pronostics, donnant ainsi le sentiment de pouvoir augmenter ses chances de gagner) permettent au PMU de devenir un concurrent redoutable pour la FDJ (Descotils et Guilbert, 1993). Depuis l'ouverture du marché des jeux en ligne en 2010, le PMU propose des paris sportifs et une offre de poker sur internet. Les casinos sont autorisés, depuis 1806, à s'implanter dans certaines communes. Les 197 casinos français proposent trois activités : les spectacles, la restauration et les JHA dont les jeux dits « de contrepartie » (roulette ou Black Jack par exemple), les jeux de cercle (comme le poker) et les machines à sous (autorisées depuis 1986). Enfin, les cercles de jeux sont la dernière forme de structure à pouvoir proposer des JHA dans le réseau physique. Ils ont été autorisés à opérer grâce à la loi de finance de 1923 sous couvert d'association à but non lucratif. Outre ces acteurs du réseau physique, de nouveaux opérateurs offrent leurs services sur Internet depuis la loi du 12 mai 2010, qui fixe un cadre d'ouverture maîtrisée du marché des jeux en ligne. Le périmètre d'ouverture comprend les paris sportifs (mutuels et à cote), les paris hippiques (mutuels) et le poker. La loi a également prévu la création d'une Autorité de Régulation des Jeux En Ligne (ARJEL), dont le rôle est notamment de délivrer des agréments aux opérateurs qui en font la demande. À ce jour, 34 opérateurs légaux se partagent 47 agréments (16 pour les paris sportifs, 9 pour les paris hippiques et 22 pour le poker) sur la toile française. Deux formes de paris sportifs sont autorisées : les joueurs peuvent parier avant que l'événement ne débute (paris *main book*) ou pendant le déroulement de la compétition (*live betting*). D'autres formes de paris sportifs sont interdites par la loi (*Betting exchange*, consistant à pronostiquer un certain nombre d'actions pendant l'événement en fonction d'une fourchette fixée par l'opérateur et *Spread betting*, les parieurs s'échangeant des paris à des cotes qu'ils fixent eux-mêmes) car elles

peuvent engendrer une perte supérieure à la mise du joueur ([rapport d'évaluation de gouvernement sur la loi n°2010-476 du 12 mai 2010, octobre 2011](#)). La loi autorise deux variantes de poker, le *Texas hold'em* et le *Omaha poker*, et interdit les tournois internationaux. Le poker peut se jouer de trois façons, en *cash game* (session de jeu durant laquelle les jetons symbolisent de l'argent réel et que les joueurs peuvent réapprovisionner autant de fois qu'ils le désirent), en tournoi (chaque joueur paie un droit d'entrée et les premiers au classement final remportent une somme fixée d'avance) et les *sit and go* (mini-tournoi).

Une classification des jeux selon la part de contrôle que le joueur possède

[Boutin \(2010\)](#) propose de retenir trois catégories de JHA, selon la part de contrôle que le joueur a sur le déroulement du jeu, en raison de l'adresse qu'il aura pu développer, à l'origine d'un profit potentiel. Les JHA sans adresse (toutes les formes de loterie) ; les JHA avec quasi-adresse qui, en théorie, ne permettent pas d'espérer de profit à long terme (les paris sportifs et hippiques, le Black Jack) et les JHA avec adresse où le joueur peut utiliser des informations pertinentes afin d'avoir une influence sur le résultat (le poker). La loi française indique que, dans cette dernière catégorie, le hasard prend une place supérieure à l'habileté des joueurs. Cette qualification est remise en question par les passionnés de poker qui estiment que l'issue de la partie dépend principalement de l'habileté des joueurs. Le 20 juillet 2011, des juges français ont pour la première fois rejeté la qualification de jeu de hasard pour le poker ([Lebon et Verbiest, 2011](#)). Pour les défenseurs d'une requalification du poker en tant que jeu d'adresse (voire de sport intellectuel), l'enjeu est à la fois juridico-commercial (les jeux d'adresse n'étant pas soumis au principe général d'interdiction) et social (la pratique d'un sport étant socialement mieux acceptée que celle d'un JHA).

La France qui joue

L'engouement des français pour les JHA ne cesse de s'accroître puisque depuis 1976, les dépenses qui y sont consacrées par les ménages se sont accrues de 3,1 % par an en moyenne et en volume ([INSEE Première, 2005](#)). Selon l'INSEE (2011), l'activité de l'industrie du jeu, stimulée par l'ouverture du marché des jeux d'argent en ligne, a augmenté de 5,3 % entre 2009 et 2010. Le jeu est devenu une activité de loisir à part entière ([Henry, 2008](#)). Selon le quotidien *l'Est Républicain*, les français dépensent chaque jour plus de 72 millions d'euros dans les JHA ([Vagnier, 2011](#)).

Un marché en constante progression

Les Français ont misé en 2010 (tous JHA confondus) plus de 40 milliards d'euros, soit un produit brut (les mises moins les gains) de plus de 8 milliards d'euros. En dépenses annuelles par habitant, les Français se situent sous la moyenne

européenne (207 euros/hab/an) avec une dépense nette estimée à 175 euros par habitant. Bien que les mises des français soient en constante augmentation, le nombre de joueurs décroît légèrement (64 % de la population adulte avaient joué au moins une fois au cours de l'année écoulée en 2006, contre 58,9 % en 2010). La FDJ reste l'opérateur le plus attractif, avec 27,8 millions de clients en 2010 ([rapport annuel de la Française des Jeux, 2010](#)) et un chiffre d'affaires de plus de 10 milliards d'euros. Les jeux de tirage représentent 48,5 % de l'ensemble des mises, les jeux de grattage 40,7 % et les paris sportifs 10,8 %. Le PMU compte 6,5 millions de parieurs hippiques, qui ont misé en 2010, 9,34 milliards d'euros sur les courses de chevaux ([rapport annuel du Pari Mutuel Urbain, 2010](#)). En revanche, les casinos connaissent une diminution des enjeux depuis 2007. Ceci s'explique par une nette décroissance du produit brut des machines à sous, et par l'interdiction de fumer dans les lieux publics depuis 2007. En 2010, plus de 16 milliards d'euros ont été joués dans les casinos (soit un produit brut d'environ 2,3 milliards d'euros) (Direction Générale de la Finance). Quant aux JHA en ligne, ils attirent 1,1 millions de joueurs réguliers ([ARJEL, 2011](#)). Un an après l'ouverture du marché, 800 millions d'euros ont été misés sur les paris sportifs (avec un taux de retour au joueur (TRJ) moyen de 84 %), 1,1 milliards d'euros sur les courses hippiques (TRJ moyen : 79 %) et presque 10 milliards d'euros au poker (TRJ moyen : 97,4 %) ([rapport d'évaluation du gouvernement sur la loi n°2010-476 du 12 mai 2010, 2011](#)). Enfin, les opérateurs illégaux de jeux en ligne attireraient environ 800 000 joueurs en France, soit environ 30 % de la consommation. Ces joueurs recherchent un TRJ plus important que sur le marché français ou la possibilité de s'adonner à des jeux interdits par la législation française tels que les jeux de bingo ou de casinos en ligne ([Merlin, 2011](#)).

Le profil des joueurs selon les différents types de jeux d'argent

Les joueurs de la FDJ présenteraient les mêmes caractéristiques socioprofessionnelles que l'ensemble de la population française (avec une légère sur-représentation des employés et des ouvriers). Parmi les parieurs hippiques, plus de la moitié sont des joueurs réguliers qui jouent essentiellement le week-end, 40 % sont des joueurs occasionnels qui parient principalement sur les grands événements et 5 % jouent quotidiennement ([Trucy, 2002](#)). La population des turfistes est majoritairement masculine, en moyenne plus âgée que l'ensemble de la population des joueurs et issue de milieux socioprofessionnels plutôt modestes ([Inserm, 2008](#)). Parmi les joueurs qui se rendent dans les casinos, une part importante est sans emploi ou retraitée. En ce qui concerne les internautes, l'ARJEL décrit une population plus jeune que dans le réseau physique (57 % des comptes joueurs actifs appartiennent à des individus ayant moins de 35 ans), principalement masculine et plutôt citadine. La majorité des joueurs mise modérément et 10 % des internautes génèrent 86 % du total des mises. Il semble donc que la population des joueurs en ligne soit scindée en deux catégories : une majorité de joueurs modérés et une minorité de joueurs très actifs. Le marché des paris

en ligne est marqué par une culture française du turf très ancrée et un intérêt moindre pour les paris sportifs plus récemment implantés.

Le profil des joueurs selon l'intensité de la pratique

Le psychologue Kusyszyn établit en 1972 trois grandes typologies de joueurs en fonction de leur implication dans l'activité ludique : les « joueurs sociaux », les « joueurs professionnels » et les « joueurs pathologiques ». Une récente étude menée par l'OFDT (Costes et al., 2011) différencie les « joueurs dans l'année » (47,8 % de la population française majeure) qui sont majoritairement des hommes âgés de 25 à 34 ans; les joueurs « actifs » (ayant joué au moins 52 fois dans l'année et/ou misé au moins 500 euros) qui représentent 12,2 % de la population générale et qui sont en majorité des hommes âgés en moyenne de 47 ans; les joueurs « à risque modéré » (environ 400 000) et les joueurs « excessifs » ou pathologiques (environ 200 000).

Références

- Arjel, 2011. Bilan d'activité du troisième trimestre 2011.
- Boutin, C., 2010. Le jeu : chance ou stratégie ? Choisir librement la place du jeu dans votre vie. Les éditions de l'Homme, Québec.
- Brenner, R., Brenner, G., 1993. Spéculation et jeux de hasard. Une histoire de l'homme par le jeu (1990). PUF, Paris.
- Cailliois, R., 1958. Les jeux et les hommes. Le masque et le vertige. Gallimard, Paris.
- Costes, J.M., Ousset, M., Eroukmanoff, V., Le Nezet, O., Richard, J.B., Guignard, R., et al., 2011. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Baromètre Santé 2010, module jeux de hasard et d'argent, *INPES/OFDT. Tendances 2011*, 77, 8 p.
- Descotils, G., Guilbert, J.C., 1993. Le grand livre des loteries, Histoire des jeux de hasard en France. La Française des Jeux, Paris.
- Durand, F., 2008. La liberté du jeu. In : In Jeux de hasard et société. Actes officiels du Colloque, Université de Reims – Champagne, 2008, Paris, L'Harmattan, pp. 13–29.
- Frobenius, L., 1921. Paideuma, Umrisse einer Kultur-und Seelenlehre. De Boeck, München.
- Henry, A., 2008. Le jeu en droit international privé. In : Jeux de hasard et société. Actes officiels du Colloque, Université de Reims – Champagne, 2008, Paris, L'Harmattan, pp. 177–197.
- Huizinga, J., 1938. Homo Ludens : essai sur la fonction sociale du jeu. Gallimard, Paris, rééd. 1995.
- Insee Première n°1016, 2005, mai. En 25 ans, les français ont doublé leur mise.
- Insee première n°1366, 2011, septembre. Les services marchands en 2010 : retour de la croissance.
- Inserm, 2008. Rapport expertise collective, « Jeu de hasard et d'argent, contexte et addictions ». Paris.
- Kusyszyn, I., 1972. The gambling addict versus the gambling professional : a difference in character ? *Journal of Addictions* 7, 387–393.
- Lebon, G., Verbiest, T., 2011. Le statut juridique du poker en France : jeu de hasard... ou jeu d'adresse ? *IGAmagazine* 10, Malte , 36–37.
- Loi n°2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne.
- Merlin, F., 2011. Bilan et perspectives du marché français des jeux en ligne. *IGAmagazine* 10, Malte, 42–45.

Rapport annuel 2010 de la Française des jeux.

Rapport annuel 2010 du Pari Mutuel Urbain.

Rapport d'évaluation du gouvernement sur la loi n°2010-476 du 12 mai 2010, Octobre 2011.

Trucy, F., 2002. Les jeux de hasard et d'argent en France. L'État croupier, le Parlement croupion ? Rapport d'information du Sénat n°223, Paris.

Vagnier, M., 2011. La fièvre du jeu. L'Est Républicain, 28 janvier 2011.

CHAPITRE 2

Sociologie des croyances relatives aux jeux de hasard et d'argent

T. Amadiou

Le succès des jeux de hasard et d'argent (JHA) repose en apparence sur l'adhésion des joueurs à des croyances erronées : ils offrent en effet un contrat perdant, c'est-à-dire que l'espérance de gain y est généralement négative. Les joueurs pathologiques en particulier tendent à s'exagérer la profitabilité des jeux et l'importance de leur habileté dans la détermination des résultats. À ces phénomènes cognitifs se rapportant à des faits (croyances instrumentales), il faut ajouter les jugements évaluatifs se rapportant à un devoir être (croyances normatives ou axiologiques). Si les joueurs éprouvent du plaisir à jouer, c'est avant tout parce que le regard qu'ils portent sur l'argent leur permet d'en faire un usage ludique (l'argent étant à la fois moyen et fin). L'objet principal de ce chapitre est de présenter brièvement les différentes formes de croyances relatives aux JHA et de souligner l'importance des croyances dans la décision de s'y adonner.

Les croyances instrumentales : rationalité ou irrationalité de nos représentations du hasard ?

La psychologie cognitive a montré que nous sommes, avec une régularité statistique remarquable, victimes de biais dans nos raisonnements. Les JHA ont d'ailleurs servi de support à de nombreuses expériences, car ils semblent offrir une simplification heuristique de la réalité : l'intérêt du joueur est résumé par le gain monétaire et l'évaluation des risques peut être comparée à une norme claire reposant sur les mathématiques probabilistes. Il en ressort globalement

que nous évaluons mal le hasard, et il semble même être dans la nature du joueur d'en mésinterpréter les mécanismes, comme l'illustre la désignation d'un de nos biais cognitifs par l'expression « sophisme de Monte-Carlo ». Nous développons un système d'attentes sous la forme d'heuristiques (Tversky et Kahneman, 1974) qui nous conduit à juger le hasard juste (« *gambler's fallacy* ») et hétérogène (« *reversed gambler's fallacy* ») (Bronner, 2003). De plus, nous prêtons fréquemment une relation de cause à effet à l'occurrence de deux événements objectivement indépendants. Ainsi les joueurs adoptent-ils des croyances variées qui, si elles paraissent saugrenues à un observateur extérieur, n'en sont pas moins fondées en raison. Pour s'attirer les faveurs de la chance, ils peuvent ainsi souffler sur des dés (Henslin, 1967), caresser ou parler à une machine à sous, cocher les dates de naissance de leurs enfants au loto, etc. Ces pratiques superstitieuses procèdent d'un biais de confirmation (Renard, 2010). Par exemple, si un joueur croit que pour gagner, il doit se rendre dans un tabac particulier, c'est parce qu'il a déjà gagné dans ce lieu. Ce faisant, il laisse de côté des informations pertinentes : il a probablement déjà gagné ailleurs, il a sans doute également perdu dans ce tabac et perdu ailleurs. Ce type de raisonnement lui permet, en général, d'interpréter efficacement (en matière de coût cognitif) le monde qui l'entoure (Boudon, 1990). Les JHA nous placent en fait dans une situation d'incertitude et d'incapacité (au moins partielle) à influencer sur les résultats, ce qui nous porte à développer des raisonnements fautifs de type magico-superstitieux. Les superstitions surviennent en effet de façon privilégiée lorsque nous rencontrons des situations anxiogènes car incertaines. La présence d'argent contribue à entretenir ces erreurs, car elle suscite des émotions et des désirs forts, le souhait ardent de gagner conduisant à se raccrocher à des signes et à échafauder des théories bancales.

À un autre niveau, le sentiment que les jeux sont truqués par les opérateurs peut aussi renforcer la légitimité d'une recherche des signes permettant de prédire les résultats. Cette croyance assez répandue repose sur des raisons fortes liées au pouvoir prêté à la fois à l'Etat et aux industriels du jeu, et à leur intérêt à manipuler les résultats afin d'accroître leurs revenus. Dans le cas des casinos, ce sont parfois les caméras de surveillances, les dispositifs électroniques des machines ou encore les croupiers qui sont accusés de biaiser le hasard afin de faire gagner certains joueurs au détriment des autres (Oldman, 1974). À cela, il faut ajouter les soupçons pesant sur les courses et événements sportifs qui s'appuient sur des raisonnements convaincants dans la mesure où de nombreux cas de truccages ont été révélés.

L'attachement du joueur aux superstitions n'est en outre pas inconditionnel (Bronner, 2003) et peut se faire de façon ludique. Le joueur attribue alors au hasard une intentionnalité. Mais s'il espère réellement (et de façon exagérée par rapport aux probabilités), son attitude est ludique et son attachement à cette croyance est en général faible (« on ne sait jamais »). Il y a une forme de plaisir à vivre le hasard du jeu comme un signe de forces mystérieuses. S'opère dans la situation de jeu une mise entre parenthèse du raisonnement logique au profit de l'expression de croyances fantaisistes (Ladouceur et Sévigné, 2003) : si avant

ou après une phase de jeu, les joueurs ont bien conscience du caractère purement aléatoire des tirages, durant la phase de jeu, ils vont chercher à y déceler des chaînes causales.

Les croyances axiologiques : le jeu avec l'argent ne va pas de soi

Mais ces croyances instrumentales s'inscrivent dans un système plus large de croyances relatives à l'usage de l'argent et du temps libre. Pour jouer, il faut d'abord juger désirable de se procurer de l'argent ; puis considérer à la fois légitime et crédible de tenter de le faire par le moyen des jeux. Le jeu procure un certain nombre d'avantages qui ne se limitent pas au gain potentiel d'une somme d'argent, mais qui lui sont consubstantiels : fierté de gagner, frisson de la prise de risque, espoirs suscités par la possibilité de gagner, etc. Tous ces avantages des jeux, et qui constituent des motivations à jouer, dépendent de croyances normatives. En effet, l'argent est un objet social, c'est-à-dire que son usage est encadré par des normes qui découlent de principes de justice. S'amuser avec de l'argent ne va donc pas de soi : cela peut transgresser plusieurs normes issues de cinq principes tendant aujourd'hui à s'affaiblir :

- Le principe méritocratique : les jeux rémunérant au hasard et non selon le mérite, ils ne sont pas une forme d'allocation tout à fait légitime pour certains acteurs.
- Le principe d'altruisme : les jeux sont des activités de loisir orientées par une recherche de profit personnel au détriment des autres joueurs, ce qui contrevient à la norme de générosité.
- Le principe d'économie : les joueurs mettent en danger leur avenir et celui de leurs proches en prenant des risques avec leur argent.
- Le principe productif : les jeux sont de simples transferts de richesse détournant des sommes d'argent qui pourraient être allouées à d'autres activités économiques jugées plus utiles à la collectivité.
- Le principe de rationalité économique : les joueurs investissent des sommes d'argent dans des activités qui sont intrinsèquement non profitables et font ainsi un mauvais calcul économique.

Les croyances dérivées de ces principes sont diversement partagées et permettent d'expliquer les réticences éprouvées vis-à-vis du jeu. Les jugements à l'égard des jeux tendent toutefois à être de plus en plus positifs : une forme de dichotomie prime dorénavant entre une pratique ludique anodine et légitime (le jeu responsable) d'un côté et une activité excessive et illégitime (le jeu pathologique) de l'autre. Le cadre normatif évolue au profit d'une responsabilisation du consommateur et d'une sécularisation du regard sur l'argent contribuant à modifier les croyances relatives aux jeux dans un sens favorable à leur consommation.

Pour conclure, les joueurs endossent des systèmes complexes de croyances. Les pratiques de jeu procèdent finalement d'un paradoxe : elles sont à la fois une forme d'activité financière où l'on risque de l'argent pour s'enrichir et une activité de loisir où se donne à voir un esprit d'irrationalité ludique sous la forme privilégiée des croyances superstitieuses.

Références

- Boudon, R., 1990. L'art de se persuader : des idées fausses, fragiles ou douteuses. Fayard, Paris.
- Bronner, G., 2003. L'empire des croyances. Presses universitaires de France, Paris.
- Henslin, J.M., 1967. Craps and magic. *Am. J. Sociol.* 73, 316–330.
- Ladouceur, R., Sévigné, S., 2003. Gamblers' irrational thinking about chance events : the « double switching » concept. *International Gambling Studies* 3, 149–161.
- Oldman, D., 1974. Chance and skill : A study of roulette. *Sociology* 8, 407–426.
- Renard, J.B., 2010. Croyances fantastiques et rationalité. *L'Année sociologique* 60, 115–135.
- Tversky, A., Kahneman, D., 1974. Judgment under uncertainty : Heuristics and biases. *Science* 185, 1124–1131.

CHAPITRE 3

À la rencontre des joueurs excessifs

J.Y. Trépos

Comment savons-nous qu'il y a des joueurs excessifs ? C'est à coup sûr une banalité de rappeler que le joueur n'est « excessif » ou « pathologique » qu'à l'aune d'une catégorisation, où se mêlent de façon complexe équipements de vigilance publique et entreprises de soin, voire même dispositifs de « travail sur soi » ([Vrancken et Macquet, 2006](#)). Bien que la pratique du jeu comporte une part non négligeable de dissimulation, il est possible de rencontrer les joueurs, surtout s'ils sont dans l'excès : les cadres sociaux de la rencontre sont solidement étayés. Mais notre observation et par voie de conséquence notre rencontre, seraient incomplètes si nous négligions un autre cadrage : celui qui est construit par le joueur dans l'accomplissement même de son investissement. Le travail sur soi ne suffit pas à rendre compte de cet engagement dans le jeu. Il nous faudra donc aussi partir à la rencontre du sens porté par les joueurs, sans le réduire à l'illusion.

Le travail de réception sociale du jeu

En tant que dispositif, le jeu est à la croisée d'une histoire politique heurtée, faite de mesures d'accompagnement et de dérogations ([Martignoni-Hutin, 1993](#)) et d'une histoire morale, faite de variations sur le probable et le destin ([Valleur, 2010](#)). Mais il possède, dans les sociétés modernes, voire post-modernes, la force des dispositifs constants dont l'impact économique est énorme, mesurable pour la France en dizaines de milliards d'euros de chiffre d'affaire et en dizaines de milliers d'emplois. Le jeu participe pleinement aux transformations des

pratiques de sociabilité, à mesure qu'évoluent les liens entre les individus, le rapport au temps et à l'espace (Giddens, 1996), à la parole et au corps (Marzano, 2007). Ni totalement aventuriers, ni totalement conformistes, mais tous concernés, les groupes sociaux effectuent un véritable travail de réception sociale, qui fait varier le sens que prend l'excès. Ce travail de réception fait aussi varier le sens accordé au fait de jouer plutôt à tel jeu qu'à tel autre : le bandit manchot, la roulette, le jeu vidéo ont ainsi une valeur distinctive, selon la conception de Bourdieu (1978) et pas seulement ludique. Être un joueur excessif, ce n'est peut-être pas une figure sociale aussi simple que ce que nous serions tentés de le croire, puisqu'il est tant de façons de l'être. À supposer que nous puissions néanmoins nous appuyer sur une catégorie comme « joueur excessif » en neutralisant dans de bonnes conditions ces variations, nous serions confrontés à un autre type de cadrage sociétal des pratiques correspondantes : nous avons affaire à une trajectoire de désocialisation paradoxale plutôt qu'à un état. Rompre avec les réseaux de sociabilité antérieurs (« couper les ponts »), tout en masquant ces ruptures, établir de nouvelles communautés orientées par le jeu, sont parmi les composantes fondamentales du cadrage de cet itinéraire. Notre rencontre avec le joueur excessif n'aura donc lieu que pour autant que nous aurons pu comprendre, en reprenant la terminologie utilisée par Granovetter (2000) en sociologie économique, comment sont recomposés des liens sociaux forts (avec les proches), faibles (avec des personnes de référence), circonstanciels (avec des commensaux) et en observant à quel prix et pour combien de temps ils sont activés ou désactivés. L'analyse de Becker (1985) a montré, pour les fumeurs de marijuana, que cette trajectoire est avant tout une carrière, qui doit autant aux préoccupations des professionnels qu'à la recherche par l'utilisateur des moyens de consommation. Et c'est là le troisième cadrage social de l'addiction : celui qui place le joueur excessif dans un programme institutionnel de vigilance reposant sur la valeur fondamentale de souci.

C'est une dimension d'une vision du monde – certains parlent d'éthique (Reyre et al., 2010) – qui combine souci de soi (*cura*), soin (*cure*) et sollicitude de proximité (*care*). Cette combinaison spécifique de valeurs équipe des gestes techniques de prise en charge en activant une deuxième dimension, qui définit des critères d'efficacité pour l'action : la rencontre avec le joueur est au bout d'une série d'actions professionnelles qui seront tantôt pensées comme cumulables, tantôt subordonnées à la mise en œuvre d'équipements de soutien, tantôt appréciées si elles incitent à l'autonomie (Trépos, 2007). D'autres contributions dans le présent ouvrage éclairent suffisamment les différentes techniques de traitement et de resocialisation pour qu'on ne s'y attarde pas ici. Il suffira de dire que notre rencontre dépend donc aussi des dispositions prises par les sociétés pour rendre visibles les joueurs excessifs en tant qu'ils devraient bénéficier de dispositifs spécifiques de retour dans la Cité. Et pour les rendre visibles, on peut avoir recours à un séquençage commode permettant de définir les continuités et les ruptures entre le ludique attribué à certaines pratiques de jeu et le pathologique attribué à d'autres, selon une échelle de comportements (contrôlé, à risque, pathologique). Trois grandes catégorisations de séquençage

sont actuellement largement pratiquées : le SOGS (en lien avec le DSM-III), le dispositif issu du DSM-IV et l'Indice Canadien du Jeu Excessif. Elles présentent des tableaux différents et il n'est pas certain que le joueur excessif de l'une apparaisse comme tel dans l'autre. Une deuxième manière de rendre visible le joueur excessif consiste à le situer au sein d'un continuum, tel le « continuum ordalique » (Valleur, 1997). Sans doute faut-il mettre en perspective ces deux options : le séquençage facilite l'épidémiologie, le continuum invite au soin.

En définitive, pour pouvoir parler sociologiquement des joueurs excessifs, nous devons cumuler trois prudences : celle qui est appelée par l'existence de valeurs différentielles accordées à la pratique du jeu, celle qui résulte de la complexité des liens établis par une trajectoire de joueur, celle qui n'autorise pas à détacher le joueur des principes de soin portés par les institutions de prise en charge.

La mesure de l'excès

Munis de ces trois prudences, nous pouvons essayer de mieux caractériser les joueurs excessifs, en utilisant les résultats d'une importante enquête française (Costes et al., 2011). Elle nous apprend qu'au sein de la population française, les joueurs actifs représentent 12,2 % de la population générale (désormais nous les appellerons : Actifs). Par convention d'enquête, les joueurs « problématiques » (qui sont, à 3,7 % « excessifs », à 7,1 % « à risque modéré » et à 12,2 % « à risque faible ») sont identifiés au sein de cet ensemble d'Actifs. Selon les auteurs, les joueurs excessifs (Excessifs désormais) se distinguent très nettement dans cet ensemble.

Tout d'abord par leurs caractéristiques sociodémographiques : par rapport à l'ensemble des Actifs, les Excessifs sont plus souvent des hommes, sont plus jeune (âge moyen est de 41 ans), sont plus fréquemment en situation de précarité, vivent plus souvent seuls, enfin sont moins diplômés. Si l'on s'intéresse à présent aux jeux qu'ils pratiquent, là encore ils semblent se singulariser à la fois par une focalisation sur certains types de jeux, comme le Rapido, le PMU et les paris sportifs et par un plus grand éclectisme. L'explication de ce paradoxe serait une plus grande propension à explorer l'éventail des possibles, en particulier les jeux les plus rares. Internet contribue à marquer aussi ce sous-groupe : les Excessifs sont 8,3 % des joueurs sur Internet, où ils privilégient les pronostics et le poker. L'enquête s'est aussi intéressée aux montants des mises. Chez les Excessifs, 47 % misent plus de 1 500 €/an (contre 7,1 % des Actifs). La multiplicité des prises de risque est l'une des pierres de touche de l'étude des addictions (Peretti-Watel, 2001). L'analyse multivariée effectuée par les auteurs montre que toutes les consommations de psychotropes, d'alcool et de tabac sont en relation significative avec les pratiques de jeu excessif. De fait, l'enquête relève une surreprésentation de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les Excessifs.

Malgré des limites, soulignées par les auteurs eux-mêmes ou pointées ici (le non référencement des jeux vidéo), cette enquête permet de décrire ce joueur excessif que l'encadrement social du jeu nous permet de rencontrer et de le situer.

L'excès irréductible

Ces pourcentages laissent cependant entrevoir que les joueurs excessifs sont avant tout des personnes. En d'autres termes, nous avons une obligation d'irréduction (Latour, 1984) : ne pas les réduire à la catégorisation qui nous les fait voir. Tout nous invite à reconsidérer l'effort déployé par le joueur pour « n'être pas que ça », à partir de la prise en compte de sa souffrance, certes, mais aussi de ses passions et de ses plaisirs. Cela signifie être attentif à la rationalité du joueur autrement qu'en termes de déni, pour approcher sa subjectivité ou plutôt ses subjectivités, alors que nous n'avons jusqu'ici envisagé que les processus sociaux de sa subjectivation (Agamben, 2007) comme « joueur excessif ». Cet irréductible est ce sur quoi nous avons le moins d'informations, puisque les témoignages *post hoc* sont le plus souvent des récits d'erreurs et de repentance. D'un point de vue sociologique, qui ne dispense pas d'un point de vue clinique (Bucher, 2009), deux jalons pourraient être posés sur ce chemin d'observation à construire vers une saisie du sens visé. Le premier, du côté des composantes du sens, permettrait de comprendre comment sont déployées et valorisées les compétences investies dans le jeu (quels permis et quels interdits gouvernent les stratégies d'approvisionnement ou l'art de la feinte, par exemple), comment est scandée la temporalité (une succession de « premières » et de « dernières » fois), comment passions et plaisirs à jouer définissent un rapport esthétique au réel (Boltanski, 1993), sans oublier cet au-delà du cadre de la prise en charge, lorsque la passion étant consumée, il ne reste plus que la dette et que le joueur découvre le visage du crédit (Trépos, 2005). Le second, du côté de l'horizon de sens, offrirait une possibilité de saisir certains de ces excès comme des tentatives pour répondre aux injonctions paradoxales de la société hypermoderne : on pourrait considérer les jeux vidéo multijoueurs comme des espaces d'expérimentation de règles sociales émergentes. Pour y être performant, il faut être dans l'excès, puisqu'il faut y déployer ce qui l'est si difficilement en dehors du virtuel (Craipeau, 2009) : autonomie, faculté de coopération, priorité à l'action, place centrale des compétences et des habiletés, acceptation des récompenses dans un monde d'égaux, mais aussi constitution de « communautés de non-appartenance ». Ces deux éléments, que le clinicien est contraint d'entendre quand ils se présentent comme événements biographiques, devraient sans doute équiper plus systématiquement les protocoles de cadrage du jeu excessif.

Références

- Agamben, G., 2007. Qu'est-ce qu'un dispositif? Rivages, Paris.
- Becker, H., 1985. Outsiders. Métailié, Paris.
- Boltanski, L., 1993. La souffrance à distance. Métailié, Paris.
- Bourdieu, P., 1978. La Distinction. Minuit, Paris.
- Bucher, C., 2009. La dette... jusqu'à payer de sa personne. Psychotropes 15 (3), 9–17.
- Costes, J.M., Pousset, M., Eroukmanoff, V., Le Nezet, O., Richard, J.B., Guignard, R., et al., 2011. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Baromètre Santé 2010, module jeux de hasard et d'argent INPES/OFDT. Tendances 77, 8.
- Craipeau, S., 2009. Les jeux vidéo, des utopies expérimentales. Psychotropes 15 (1), 59–75.

- Giddens, A., 1996. La radicalisation de la modernité. L'Harmattan, Paris.
- Granovetter, M., 2000. Le marché autrement. Desclées de Brouwer, Paris.
- Latour, B., 1984. Les microbes, guerre et paix ; suivi de : Irréductions. Métailié, Paris.
- Martignoni-Hutin, J.P., 1993. Faites vos jeux (...). L'Harmattan, Paris.
- Marzano, M., 2007. La philosophie du corps. PUF, Paris.
- Peretti-Watel, P., 2001. La société du risque. La Découverte, Paris.
- Reyre, A., et al., 2010. In-quiétude et souci de soi comme éthique dans les relations thérapeutiques avec les patients addictés. *Psychotropes* 16 (1), 9–19.
- Trépos, J.Y., 2005. Conversation sociologique avec un joueur. *Psychotropes* 11 (2), 11–12.
- Trépos, J.Y., 2007. Passages towards and into social policies. A sociology of the attachments to the Social State. In : Leonardi, L. (Ed.), *Opening the European Box. Towards a new sociology of Europe*. University Press, Firenze.
- Valleur, M., 1997. Le jeu pathologique. PUF, Paris.
- Valleur, M., 2009. La nature des addictions. *Psychotropes* 15 (2), 21–44.
- Vrancken, D., Macquet, C., 2006. Le travail sur soi. Belin, Paris.

CHAPITRE 4

Une loi est toujours inachevée

F. Trucy

Le jeu en France avant la loi de mai 2010

Depuis la nuit des temps, les États et les Régimes qui exerçaient le pouvoir ont été confrontés aux jeux de hasard et d'argent. Aucun d'entre eux ne fut capable de les interdire, voire d'en limiter les débordements. Qu'il s'agisse de l'Ancien Régime, de la Révolution, de la République ou de l'Empire, le problème restait le même, et l'État, de guerre lasse, finit par accepter l'idée que s'il ne pouvait interdire le Jeu, il fallait à tout le moins l'organiser (on dirait aujourd'hui le réguler) afin, autant que possible, de conserver la main. Ainsi, depuis des temps immémoriaux, en France, l'État a proclamé qu'en matière de jeux (et Dieu sait qu'il en existe de multiples formes!), il interdisait TOUT... ce qu'il n'autorisait pas lui seul par dérogation et dans le cadre d'une réglementation drastique.

Trois domaines étaient définis : deux monopoles (les loteries de la Française des Jeux, Société d'Économie Mixte d'État [72 %], et les courses hippiques, organisées par les Sociétés Mères et dont le PMU assure la commercialisation) et un seul secteur industriel (celui des 197 casinos, libre mais soumis à la tutelle on ne peut plus ferme du ministère de l'Intérieur). De façon anecdotique, une poignée de Cercles de Jeux parisiens, qui animent à leur façon une capitale dépourvue de par la loi de casinos, et qui présentent une physionomie pour le moins étrange avec un statut d'association loi 1901 « à but social » (*sic*), ainsi qu'une curieuse structure de conseils d'administration de façade et d'équipes de direction des jeux qui détiennent le pouvoir réel. L'annonce récurrente d'une réforme des Cercles de Jeux ne parvient pas à rassurer ceux qui sont témoins des incidents criminels graves qui s'y produisent encore (ou de nouveau) et qui ont valu à deux d'entre eux la sanction suprême de fermeture.

En plus de ce secteur légal, les autorités de tutelle et de police devaient également surveiller toute l'offre illégale : tripots, maisons de jeux clandestines, machines à sous clandestines, lotos interdits, etc.

Le ministère de l'Intérieur (sous direction de la Police des jeux et sous direction des Libertés publiques), celui de l'Agriculture (courses hippiques), celui des Finances, de la Santé de la Justice et des Sports, s'employaient inlassablement à maintenir l'ordre.

Bien entendu, quitte à devoir réguler le Jeu et en avoir la dépense, l'État a toujours su prélever sur le produit du Jeu des sommes considérables, ce qui m'avait incité, dans mon premier Rapport d'Information pour la Commission des Finances du Sénat, à utiliser le titre « L'État croupier, le Parlement croupion ». Si je me permettais cette expression outrecuidante, c'est que le dit Parlement n'avait été consulté sur ce sujet délicat par le Gouvernement que deux fois en un siècle et demi. L'État, fort de ses performances en matière d'Ordre Public (beaucoup moins en Santé Publique), détenait tous les rennes.

Internet chamboule le marché des jeux

Un deuxième rapport en 2006 avertissait, entre autres choses, le gouvernement qu'Internet était présent sur le marché des jeux, en France comme ailleurs, et que les jeux en ligne se développaient en toute illégalité et dans des proportions alarmantes. Paris sportifs, paris hippiques, poker, jeux de cercles en tout genre, tout était offert, en ligne, à un nombre croissant de joueurs français. Sévissaient des milliers de sites plus ou moins exotiques, tous illégaux (en France), dont la plupart n'offraient aux joueurs et parieurs aucune garantie sérieuse. Bien entendu, aucune protection pour empêcher les mineurs ou les interdits volontaires de jeu de jouer n'était apportée. Aucune !

On vivait les plaintes continuelles des opérateurs en ligne, désireux (le mot est faible) de s'implanter en France, et le harcèlement effectué par une Commission Européenne tout à fait désireuse, elle, de faire « sauter » les monopoles français, et qui enchaînait à marche forcée les procédures contraignantes. La situation n'était plus tenable, et les vieux et solides outils de l'État devenaient incapables de maîtriser.

La loi : une tentative pour réguler l'inévitable

Tout cela incitait le gouvernement et le ministre en charge Éric Woerth à présenter au Parlement un projet de Loi d'ouverture du marché des jeux en ligne : mais pas tout le marché et pas tous les jeux en ligne. Quant à la proximité de la Coupe du Monde de Football en juin 2010, elle n'était qu'un épiphénomène, mais qui permit au gouvernement d'accélérer au maximum l'examen du texte par les deux Chambres. La loi affirma clairement la volonté de mieux protéger les mineurs et les interdits volontaires, celle de lutter contre le jeu illégal, contre la corruption et la fraude en matière de paris sportifs et hippiques, et de mettre à l'ordre du jour la prévention des conflits d'intérêts. Elle ouvrait le marché aux

paris sportifs, aux paris hippiques sous leur forme mutuelle, au poker, seul jeu retenu même si le texte de loi ne parle que de « jeux de cercle » sans préciser le poker (!). Si la Française des jeux conservait son réseau et son monopole pour les jeux de tirage et de grattage, elle devait partager celui des paris sportifs ; le PMU perdait son monopole sur les paris hippiques mutuels. Seul le poker créait un nouveau secteur.

La Loi créait une Autorité indépendante de Régulation des Jeux en Ligne, l'ARJEL, que le gouvernement mettait opportunément en place un an avant la promulgation de la Loi, chargée d'accorder (ou non) aux opérateurs candidats des « agréments », à la condition qu'ils satisfassent à des cahiers des charges légaux et techniques draconiens et fort coûteux. Dotée de moyens puissants, humains, matériels, informatiques et juridiques, l'ARJEL a pu, en temps réel, dès la promulgation de la loi, satisfaire à tous les objectifs qui lui avaient été assignés.

Il s'agit d'une autorité solide, compétente dans un domaine particulièrement complexe, et qui assume parfaitement sa mission.

La Loi a dû fortement modifier la fiscalité des jeux pour ne pas introduire entre les formes de jeux, entre les opérateurs, entre les monopoles et le nouveau marché, des disparités de concurrence que l'autorité en charge n'aurait pas manqué de relever.

D'autres institutions importantes ont eu à intervenir dans l'élaboration de la loi de mai 2010, et continueront à le faire pour en surveiller l'observance : le CSA, la CNIL, l'AFNOR, l'Autorité de la Concurrence.

Chose nouvelle, le gouvernement, sous la pression permanente des parlementaires, prenait mieux en compte le phénomène social de l'addiction au jeu, l'inscrivait dans la loi et dégagait des ressources nouvelles pour améliorer la prévention et la lutte contre ce fléau qui ne pourrait que croître dans l'avenir compte tenu de l'offre.

Après la loi : bien des incertitudes demeurent

Jamais une loi n'a bénéficié d'une telle promptitude dans sa promulgation et sa présentation pour avis à la Commission Européenne ; jamais les très nombreux et difficiles textes d'application, les décrets ordinaires ou en Conseil d'État n'ont été pris aussi vite !

Cependant était prévue (et c'est une excellente chose) une clause de revoyure à 12 mois, que justifiaient parfaitement les difficultés des textes, la complexité de l'ensemble, la très grande nouveauté du terrain sur lequel la Loi s'exerçait et l'énorme potentiel d'évolution que détenait ce marché.

Quatre rapports sur l'exécution de la Loi ont été produits, comme le Sénat l'avait souhaité et décidé pendant l'examen du texte en séance publique ; celui de l'Assemblée Nationale par l'ancien ministre Jean-François Lamour, celui du Sénat (par François Trucy), celui de l'ARJEL et celui de madame le ministre Valérie Pécresse à l'intention du gouvernement.

De cet examen multi-oculaire sortira d'ici peu une dizaine de décrets modificateurs et, dès qu'il sera possible de trouver un « véhicule législatif », une trentaine d'autres dispositions qui, elles, sont du domaine législatif, verront le jour.

Si les rapporteurs sont attentifs à toutes ces modifications qu'ils ont réclamées, ils seront particulièrement vigilants pour tout ce qui concerne le financement de la lutte contre l'addiction. Ils ont prévu et inscrit dans la loi ces financements : ils veulent maintenant savoir s'ils sont parvenus à la CNAM, aux CSAPA, aux CHU et leurs consultations d'addictologie, aux centres de formation et d'études, aux organismes et associations d'aide aux joueurs qui attendent tous une aide financière, urgente et indispensable.

Comment seront financées les études que tout le monde réclame, et en particulier que l'on attend du Comité Consultatif des Jeux ? Ce comité, qui a été non sans mal créé dans la Loi, a le mérite de rassembler dans une seule entité tous les ministères concernés, les parlementaires et les personnes qualifiées. Il travaille intensément mais ne produira rien de valable si l'on ne lui donne pas les moyens de conduire les études et travaux dont la France manque depuis toujours.

Pour l'instant, on sait que le gouvernement ne veut ni ouvrir le marché aux jeux de cercle autres que le poker, ni modifier l'assiette de la fiscalité en choisissant le Produit Brut des Jeux à la place de la taxation des mises, ni augmenter le taux de retour aux joueurs au-dessus de 85 %.

Bien des incertitudes demeurent donc : le contraire eut étonné. Il appartient à tous les intervenants de ce vaste et complexe secteur d'activité de rester vigilants, de bien observer les effets de l'exécution de la loi et de maintenir la pression sur l'Exécutif. Nous voulons bien que l'État reste « croupier », mais pas qu'il soit défaillant dans ses autres fonctions, et en particulier dans le domaine de la Santé Publique.

CHAPITRE 5

Ouverture à la concurrence et à la régulation du marché des jeux en ligne : le rôle de l'ARJEL

J.F. Vilotte

La loi n°2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard (JHA) en ligne encadre strictement ce secteur d'activité. Si cette loi se situe au carrefour de multiples enjeux juridiques, sociaux, économiques et technologiques, elle est le garant d'un objectif fondamental : créer une offre légale en la dotant de moyens nécessaires pour s'imposer face au développement de l'offre illégale, sans pour autant encourager le développement excessif du jeu. Cet objectif de régulation qualitative se décline de différentes manières.

La première priorité consiste à autoriser uniquement certaines formes de jeux et de paris. En d'autres termes, seuls sont autorisés les paris hippiques en la forme mutuelle, les paris sportifs mutuels et à cotes fixes, et pour les jeux de cercles exclusivement le poker. Les paris sportifs portent uniquement sur des compétitions et des types de résultats prévus par une liste arrêtée par l'ARJEL après avis des fédérations sportives concernées, ou à défaut du ministre chargé des sports.

La deuxième priorité consiste à installer une régulation forte et efficace. L'ARJEL, forte de son statut d'autorité administrative indépendante, est chargée de réguler le secteur. Elle a pour mission de délivrer des agréments aux opérateurs de jeux et paris en ligne. Toutefois, les opérateurs candidats à l'agrément doivent respecter un cahier des charges et démontrer leurs capacités à respecter les obligations légales et réglementaires. L'ARJEL contrôle ensuite le

respect par les opérateurs ainsi agréés des obligations qui leur sont applicables. La troisième priorité rappelée dans l'article 3 de la loi, est de « prévenir le jeu excessif ou pathologique et protéger les mineurs ». La nouvelle réglementation a, pour ce faire, mis en place une série de dispositifs qui s'impose aux opérateurs agréés : interrogation obligatoire du fichier des interdits de jeu par les opérateurs agréés, préalablement à l'ouverture du compte joueur ; mise en place par ces derniers de modérateurs de jeux permettant de limiter les mises des joueurs et l'approvisionnement de leur compte joueur, affichage du solde de ce compte, mécanismes d'auto-exclusion temporaire ou définitive, à la demande du joueur ; présence obligatoire d'un message de mise en garde sur les publicités et les sites des opérateurs, ainsi que d'un numéro d'appel national d'assistance au joueur pathologique. La loi a prévu un financement de la prévention et de la prise en charge des joueurs dépendants à travers un prélèvement à destination de l'INPES, plafonné à 5 millions d'euros, le surplus étant reversé au régime général de l'assurance maladie. Dans cet ordre d'idée et à la demande du ministère du Budget, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) et l'INPES ont ajouté un module spécifique sur les pratiques des JHA en France, au Baromètre Santé 2010 et dont les résultats ont été publiés en septembre 2011. L'article 27 de la loi prévoit par ailleurs que les opérateurs agréés soient tenus d'indiquer, dans un rapport annuel transmis à l'ARJEL, leurs actions menées en matière de jeu responsable et de lutte contre le jeu excessif. Comme la loi le lui permet, l'ARJEL a mis en place dès 2010 des commissions spécialisées, réunissant des experts extérieurs, et en charge d'étudier l'impact de l'ouverture de ce marché sur la demande, sur l'équilibre des filières et sur les moyens et instruments de régulation. La première d'entre elles, travaillant sur l'impact de l'ouverture du marché sur la demande, a procédé à une série d'auditions lui permettant de présenter au collège de l'ARJEL à l'été 2011 ses recommandations pour renforcer la protection du joueur vulnérable et la lutte contre l'addiction. Dans le cadre de la clause de revoyure, l'Autorité a émis un certain nombre de recommandations sur ces questions.

Il convient à ce stade d'indiquer que, de par l'article 34-IV, « l'Autorité de régulation des jeux en ligne évalue les résultats des actions menées par les opérateurs agréés en matière de prévention du jeu excessif ou pathologique et peut leur adresser des recommandations à ce sujet. Elle peut, par une décision motivée, limiter les offres commerciales comportant une gratification financière des joueurs ». C'est précisément à l'aune de cette disposition que le collège de l'Autorité, conformément aux engagements pris par son Président dès la fin 2010, a adopté une délibération encadrant les gratifications commerciales pour les opérateurs agréés proposant des jeux de cercle (Décision n°2011-112).

En 2010, les opérateurs avaient en effet, distribué aux joueurs 61 millions d'euros de bonus, dont 36 millions pour le poker, 14 millions pour les paris sportifs et 11 millions pour l'hippisme. Le risque d'une dérive du montant de ces bonus pour le poker au regard de l'incitation au jeu pour les publics les plus vulnérables justifiait donc une telle mesure.

La quatrième priorité concerne la protection des mineurs. Le principe est clairement établi : celui de l'interdiction de jeu pour les mineurs. Les opérateurs

agréés ont l'obligation de contrôler systématiquement l'âge de leurs clients à chaque ouverture de compte joueur et d'afficher en permanence cette interdiction sur les pages de leurs sites. Ils ne doivent pas faire de publicité pour les jeux en ligne dans les publications et sites Internet dédiés aux mineurs, dans les salles de cinéma lors de diffusion de film qui leur sont destinés, et à la radio et à la télévision durant les périodes au cours desquelles sont programmées des émissions pour la jeunesse (Articles 7 à 9 de la loi). Cet encadrement de la publicité a par ailleurs été précisé par le CSA (Délibération n° 2011-09).

Enfin, pour renforcer son action en la matière, l'ARJEL a conclu en 2011 deux partenariats : avec l'INPES d'une part, permettant le recrutement d'une chargée d'études sur le jeu pathologique ; et avec l'association E-enfance d'autre part, pour la protection des mineurs sur Internet.

La cinquième priorité est la préservation de la sincérité des compétitions sportives. À cet effet, la loi a mis en place trois mécanismes. Tout d'abord, l'offre de paris est strictement limitée à une liste de catégories de compétitions et des types de résultats définis par l'ARJEL après avis des fédérations sportives concernées. De plus, la loi contient des dispositions préventives de conflits d'intérêts. Ainsi, les fédérations doivent intégrer, dans leurs codes de discipline, des règles spécifiques interdisant aux acteurs de la compétition sportive d'engager, directement ou par personnes interposées, des mises sur des paris reposant sur cette compétition et de divulguer des informations privilégiées, obtenues à l'occasion de leur profession ou de leurs fonctions et qui sont inconnues du public. De même, la loi impose aux organisateurs privés de compétitions sportives tels que définis à l'article L. 331-5 du Code du sport, d'édicter les obligations et interdictions relatives aux paris sportifs, imposées aux sportifs et équipes participant à leurs manifestations sportives. Enfin, la nouvelle législation confirme que l'activité de prestation de service de paris sportifs relève du droit d'exploitation prévu à l'article L. 333-1 du Code du sport et impose aux opérateurs agréés de paris en ligne de conclure avec l'organisateur de la manifestation, objet de paris, un contrat de concession du droit d'organiser des paris sportifs (le droit au pari). Ainsi, le contrat conclu doit contenir des obligations à la charge des opérateurs de paris en ligne en matière de détection et de prévention de la fraude, notamment les modalités d'échange d'informations avec l'organisateur de la manifestation sportive. Ces contrats sont un instrument essentiel de protection de la sincérité des compétitions sportives puisqu'ils responsabilisent l'organisateur et obligent l'opérateur de jeu ou pari en ligne à lui transmettre des informations (mises, cotes...) lui permettant de surveiller les manifestations.

Face au développement des paris sportifs en ligne, le sport apparaît exposé à des risques accrus en matière de fraude. Si le dispositif exposé permet de réguler le marché des paris français, il pourrait être utilement complété et devrait également assurer l'intégrité des compétitions sportives françaises, face au risque lié à des paris engagés depuis l'étranger. Mme Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, puis Mme Chantal Jouanno ont confié à M. Jean-François Vilotte, Président de l'ARJEL, une mission de réflexion sur la préservation de l'intégrité et de la sincérité des compétitions sportives face au développement

des paris sportifs en ligne. Le rapport qu'il a remis à l'issue de ses travaux, le 17 mars 2011, conclut à des préconisations opérationnelles conjuguant des actions de prévention, des moyens de détection des fraudes ainsi que l'adoption de moyens de répression dissuasifs.

La sixième priorité consiste à veiller à l'équilibre économique des filières. La septième priorité vise à lutter contre les sites illégaux. À cet effet, les sanctions pénales applicables aux opérateurs non agréés sont renforcées par la nouvelle loi. Les peines peuvent être de trois ans d'emprisonnement et de 90 euros d'amende. De même, l'amende encourue par quiconque aurait fait de la publicité en faveur d'un site illégal s'élève à 100 000 euros. Sur le plan civil, à défaut, le Président de l'autorité peut saisir le Président du TGI en la forme des référés aux fins d'ordonner l'arrêt de l'accès à ce site par les opérateurs et les fournisseurs d'accès Internet, ainsi que son déréférencement auprès des moteurs de recherche et annuaires. Le Président de l'ARJEL peut également saisir le ministre du Budget afin de bloquer les flux financiers en provenance et/ou à destination de l'opérateur poursuivi. Enfin, la dernière priorité de la loi est de lutter contre la fraude et le blanchiment d'argent. Les opérateurs doivent justifier auprès de l'ARJEL de leurs capacités à assumer leurs obligations en matière de lutte contre les activités frauduleuses ou criminelles, en particulier le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. À ce titre, toutes les opérations d'encaissement et de paiement liées au jeu et paris proposés par les opérateurs doivent être réalisées sur ce compte.

CHAPITRE 6

Épidémiologie du jeu problématique en France en 2010

J.M. Costes

Une première enquête nationale de prévalence sur l'addiction au jeu a été réalisée en 2010 par l'OFDT, dans le cadre du Baromètre Santé de l'INPES (échantillon représentatif de 25 000 Français âgés de 18 à 75 ans), afin d'estimer l'ampleur du jeu problématique/pathologique en France juste avant l'ouverture du marché des jeux en ligne, de décrire les principales caractéristiques de la population concernée et d'analyser les facteurs associés à ce comportement ([Costes et al., 2011](#)).

Jeu

En 2010, en France, près d'une personne sur deux (48 %) âgée de 18 à 75 ans déclare avoir joué de l'argent au cours des 12 derniers mois. Une grande majorité des personnes qui jouent le font assez occasionnellement et n'investissent que d'assez petites sommes d'argent. En effet, seul un peu plus d'un joueur sur cinq (soit 10,9 % de la population générale) joue régulièrement dans l'année (52 fois ou plus) et un peu moins d'un sur dix (soit 4,7 % de la population générale) déclare dépenser dans l'année plus de 500 euros.

Les joueurs actifs, c'est-à-dire ayant joué au moins 52 fois et/ou dépensé au moins 500 euros au cours des douze derniers mois représentent 12,2 % de la population générale. Ce sont majoritairement des hommes (62,7 %). Leur âge moyen (47 ans) est plus élevé que celui des joueurs dans l'année (43 ans) et que l'ensemble des personnes interrogées (45 ans). Plus l'activité de jeu se fait intense et fréquente, plus la part des personnes diplômées diminue; si 76,2 % de l'ensemble de la population interrogée possède un niveau inférieur ou égal au baccalauréat, la part est de 77,7 % chez les joueurs dans l'année et passe à 87 % chez les joueurs actifs.

Jeu problématique

L'outil de repérage des problèmes de jeu utilisé dans l'enquête est l'Indice Canadien du jeu Excessif (ICJE) (Ferris et Wynne, 2001). La prévalence du jeu « excessif » en France métropolitaine est estimée à 0,4 % et celle du jeu « à risque modéré » à 0,9 %. En matière d'effectif, le nombre de Français concernés serait de l'ordre de 200 000 joueurs excessifs et 400 000 joueurs « à risque modéré ». Les notions de « jeu excessif » et « jeu à risque modéré » utilisées par l'ICJE correspondent respectivement à celles de « jeu pathologique » et « jeu problématique » utilisées dans les autres outils, en sachant que certains auteurs incluent dans le terme « jeu problématique » le jeu pathologique (tableau 6.1).

Parmi les critères permettant de repérer la dimension problématique de la pratique du jeu (items de l'ICJE), ceux le plus fréquemment rencontrés parmi les joueurs actifs sont : l'auto-perception du problème ou sa perception à travers le regard des autres, la volonté illusoire de se « refaire » et le ressenti d'une perte de contrôle (dépenser plus que voulu).

Avec une prévalence globale (regroupant jeu problématique et pathologique) de 1,3 %, la France se situerait à un niveau relativement bas par rapport aux États-Unis et à l'Australie (autour de 5 %) et dans une position intermédiaire en Europe (les résultats équivalents pour cette donnée dans les pays qui ont mené ce type d'étude vont de 0,6 % à 2,2 %).

Facteurs associés au jeu problématique

Les « joueurs excessifs » se distinguent de l'ensemble des joueurs par un certain nombre de caractéristiques. Ce sont plus souvent des hommes (75,5 % des joueurs excessifs sont des hommes par rapport à 62,7 % chez les joueurs actifs).

Les joueurs excessifs sont significativement plus jeunes que les joueurs actifs (41 ans en moyenne contre 47 ans). La part de joueurs excessifs parmi les joueurs actifs varie sensiblement avec l'âge. C'est chez les 25–34 ans que l'on trouve la plus forte proportion de joueurs excessifs (6,9 %), suivis par les 18–24 ans (4,4 %) et les 45–54 ans (4,7 %). Les joueurs excessifs représentent en moyenne 3,7 % de l'ensemble des joueurs actifs de 18 à 75 ans.

TABLEAU 6.1. Prévalence du jeu « problématique » dans la population française âgée de 18 à 75 ans.

	Indice ICJE : prévalence en % (IC à 95 %)	Correspondance avec autres concepts	
		Joueur « pathologique »	Joueur « problématique »
Joueur à risque modéré	0,9 (0,78–0,94)		1,3
Joueur excessif	0,4 (0,38–0,50)	0,4	

Source : Baromètre Santé 2010, module Jeux de hasard et d'argent ; INPES/OFDI.

Cette population se caractérise aussi par une précarité financière plus marquée et un niveau de formation inférieur à ceux relevés pour la population générale ou à ceux de l'ensemble des joueurs (tableau 6.2).

Parmi les joueurs actifs, une plus forte proportion de jeu problématique est constatée chez les joueurs réguliers de Rapido, de PMU, de paris sportifs et de poker (les effectifs des joueurs réguliers de jeux de table et machines à sous sont trop faibles pour permettre une telle analyse).

On dénombre davantage d'excessifs parmi les joueurs actifs jouant sur Internet. Près d'un joueur actif sur dix jouant « en ligne » est classé dans la catégorie « excessif » (8,3 %) et 14,4 % sont des joueurs « à risque modéré ». L'enquête était antérieure à la date d'application de la Loi du 12 mai 2010, permettant l'ouverture à la concurrence et à la régulation du marché des jeux en ligne : l'essentiel de l'offre de jeux de hasard et d'argent sur internet était alors illégale. A cette époque, 9,1 % des joueurs actifs déclaraient une activité de jeu sur internet au cours de l'année, dont 4,7 % avec une fréquence au moins hebdomadaire.

Consommations de substances psychoactives et jeu problématique

Cette enquête permet également d'explorer les addictions aux substances psychoactives les plus consommées par les joueurs excessifs et/ou à risque modéré.

En population générale en 2010, la part de fumeurs quotidiens de tabac est d'environ 30 %. Les joueurs dans l'année sont à peine plus fréquemment fumeurs, avec près d'un fumeur quotidien sur trois (34 %). Parmi les joueurs excessifs, environ deux individus sur trois sont des fumeurs quotidiens (64,2 %). Cette différence reste significative après ajustement sur le sexe, l'âge et le niveau de diplôme des joueurs.

En matière d'alcool, les consommations les plus à risque sont plus fréquemment rencontrées chez les joueurs qu'en population générale. Cette surreprésentation

TABLEAU 6.2. Caractéristiques socio-démographiques des joueurs.

	Hommes (%)	Âge moyen (ans)	Revenu ≤ 1100 euros (%)	Aucun diplôme (%)	Vit en couple (%)
Population générale 18–75 ans (n = 24 291)	48,6	44,9	34,7	17,1	65,5
Joueurs dans l'année (n = 11 553)	52,2	43,3	32,7	16,3	67,7
Joueurs actifs (n = 2 943)	62,7	47,2	34,7	21,6	70,7
Joueurs à risque modéré (n = 209)	76,1	41,6	52,4	33,2	53,7
Joueurs excessifs (n = 108)	75,5	41,4	57,8	36,3	55,2
Joueurs problématiques (n = 317)	75,9	41,5	54,2	34,2	54,2

Source : Baromètre Santé 2010, module Jeux de hasard et d'argent ; INPES/OFDI.

s'accentue chez les joueurs excessifs : 26,3 % ont un risque de dépendance à l'alcool et la moitié (50,5 %) affiche une consommation à risque (contre respectivement 3,2 % et 15,5 % en population générale).

La consommation mensuelle de cannabis des joueurs dans l'année est comparable à celle de la population générale (4,3 % contre 4,4 %) ; celle des joueurs excessifs est plus élevée (6,1 %).

Conclusion

La prévalence du jeu pathologique est estimée en France métropolitaine à 0,4 % de la population générale, et celle du jeu problématique (incluant le jeu pathologique) à 1,3 %. Ces taux peuvent apparaître modérés si on les compare aux données internationales, la France se situant à un niveau moyen en Europe. Toutefois, cette mesure a été faite avant l'ouverture du marché des jeux en ligne encadrée par la loi du 12 mai 2010, c'est-à-dire dans un contexte où l'offre était très encadrée. Il convient donc de rester très attentif aux évolutions, de prendre les mesures nécessaires en matière de prévention et de soins, en prenant en compte les informations fournies par cette enquête sur les problèmes induits par ces pratiques et les populations les plus concernées. La reconduction d'une telle enquête dans les deux ans à venir sera nécessaire afin de mesurer les évolutions liées à l'ouverture du marché des jeux en ligne. Ce sera l'une des priorités de travail de l'Observatoire des Jeux, mis en place en 2011 dans le cadre de la loi du 12 mai 2010.

Références

- Costes, J.M., Pousset, M., Eroukmanoff, V., Le Nezet, O., Richard, J.B., Guignard, R., et al., 2011. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Baromètre Santé 2010, module jeux de hasard et d'argent INPES/OFDT. Tendances 77, 8.
- Ferris, J., Wynne, H., 2001. The Canadian Problem Gambling Index : final report. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, ON.

CHAPITRE 7

Histoire du jeu pathologique et approches de sens

M. Valleur, C. Bucher

La création d'un espace virtuel est ce qui peut condenser l'essentiel de la fonction du jeu : ici la mort, la sienne ou celle des autres, devient réversible. Risquer sa vie ou tuer devient compatible avec les impératifs d'une société pacifiée, et le jeu est de ce fait présent dès l'origine de la civilisation. Le jeu de hasard et d'argent, moyen de se mettre en risque indirectement, ordalie dérivée dans laquelle le sujet est représenté par sa mise, est si ancré dans l'histoire de l'humanité que les hypothèses sur ses origines relèvent toujours du mythe.

Comme pour la plupart des addictions, l'abus du jeu est connu depuis la nuit des temps, et il est évident que son assimilation à une maladie ne date pas seulement de son introduction, en 1980, dans le DSM nord-américain.

Dès 1494, le juriste et poète Sébastien Brant, dans sa « Nef des fous », en fait l'une des folies de l'époque : « Je trouve aussi des fous encore plus fous que d'autres/qui n'ont d'autre plaisir/que les dés et les cartes/et qui ont l'illusion/de ne pouvoir plus vivre/s'ils devaient s'en priver/et cesser de jouer/comme des enragés/du matin jusqu'au soir... ».

L'idée de maladie est bien là, ainsi que le lien avec l'abus d'alcool (les joueurs ont toujours sous la table une chope de vin), et l'idée d'automédication (« Celui qui a déjà trois graves maladies en aura bientôt quatre grâce à l'amour du jeu ! »).

Peu de temps plus tard, en 1561, Pascasius Justus Turq est peut-être le premier médecin ayant proposé un manuel thérapeutique d'une addiction. Il s'agit d'un ouvrage sur le traitement du jeu pathologique, très diffusé à l'époque, dont le titre est *Alea, sive de curanda in ludendi pecuniam cupiditate*. Bien avant avec le texte de Benjamin Rush (1784) sur les spiritueux et l'ivrognerie,

ce livre siècle contient, en germe, l'essentiel de nos problèmes les plus actuels. En effet, il suppose une base organique au jeu excessif (le sang des joueurs est trop chaud), mais aussi l'idée que le meilleur traitement est la parole, les joueurs s'illusionnant sur ce que l'on peut attendre du hasard. Le traitement proposé relève donc du « traitement moral », voire de la psychothérapie, et annonce nos plus actuelles « restructurations cognitives »...

La psychologie et la psychiatrie, très tôt, s'intéressèrent au jeu : en France, Dupouy et Chatagnon publient en 1929 dans les *Annales médico-psychologiques* un texte sur « Le joueur, esquisse psychologique », qui assimile explicitement le joueur excessif à un toxicomane. Ce texte décrit les phases de gain, puis de perte, puis de conséquences, avec cachexie, dépression, suicide, phases qui seront redécouvertes dans les années 80 par le nord-américain Custer (1984).

Mais la psychanalyse a traité du jeu bien avant Dupouy et Chatagnon, le premier article de von Hattingberg remontant à 1914 et le « Dostoïevski et le parricide » de Freud à 1928.

Les travaux en matière de jeu pathologique privilégient actuellement les approches de psychologie scientifique portant sur l'impulsivité, parfois sur la recherche de sensations, sur les erreurs cognitives et les diverses illusions de contrôle ou de prévision, et rejoignent pour certains les recherches de neuro-économie sur les modalités de prise de décision.

De telles pistes de recherche avaient été esquissées dès le tout début du ^{xx}e siècle. Clemens J. France, psychologue américain, avait dès 1902 traité du jeu comme d'une prise de décision risquée, et avait tenté de montrer l'existence de « preneurs de risque », qui s'opposaient à des sujets prudents, faisant des choix plus assurés. Pour ce faire, il avait imaginé une expérience en proposant, dans des écoles, le choix aux élèves entre la certitude d'avoir deux jours de vacances et un tirage au sort, donnant une chance sur deux d'avoir soit trois jours de vacances, soit un seul. Ses résultats montraient que jusqu'à l'âge de 16 ans, la majorité des enfants choisissaient la certitude rassurante, contre le hasard. À partir de cet âge, une différence se faisait jour entre les filles et les garçons, ces derniers devenant de plus en plus des « risquophiles »... Cette expérience préfigure les travaux du psychologue nord-américain Marvin Zuckerman sur la recherche de sensations, considérée comme un trait de caractère, lié au sexe et à l'âge.

Commentant ce texte, Alfred Binet écrit en 1902 : « (Ce travail) contient, outre l'historique obligé, beaucoup d'observations curieuses, et une analyse assez fine de l'état du joueur, son besoin de lutter contre le hasard, sur les variations de la chance, ses conditions, les fétiches, etc. ; je recommande spécialement une analyse faite sur elle-même par une personne qui ayant visité la salle de jeu de Monte Carlo et ayant joué, a essayé de décrire ce qu'elle sentait ; c'était principalement l'illusion, quand elle gagnait, que c'était une personne habile, et qu'elle avait eu autant de mérite en risquant le coup heureux que si elle avait commandé un mouvement intelligent aux échecs ; puis, quand elle perdait, elle se disait : “ Ah ! je savais bien que j'avais tort, que je ne devais pas choisir ce numéro ”, - ce qui était évidemment une illusion. »

Il est assez étonnant de constater que la découverte des illusions de contrôle, attribuée aux travaux de [James Henslin \(1967\)](#), ou d'[Ellen Langer \(1975\)](#), avait été faite des décennies plus tôt, et surtout qu'il ait fallu autant de temps pour cette « redécouverte ».

Cette longue éclipse est liée au fait que durant près d'un siècle, ce sont d'autres considérations qui ont été prises en compte dans l'abord du jeu pathologique.

Au niveau de la psychologie scientifique, le comportementalisme a pu donner l'illusion d'avoir élucidé le mécanisme ultime du problème : comme l'a affirmé [B.F. Skinner \(1953\)](#) lui-même, la machine à sous étant un dispositif de renforcement du comportement de façon aléatoire tant en intervalles qu'en quantité, les lois du conditionnement opérant suffisaient à expliquer pourquoi le comportement « mettre des pièces dans la machine » s'installait de façon durable et difficile à « éteindre ». Il faudra toutes les découvertes et complications des approches cognitives, et non plus uniquement comportementales, pour que ce niveau d'explication devienne, ou plutôt redevienne, insuffisant.

Mais surtout, au cours du ^{xx}e siècle, c'est à travers des approches de sens, et non de psychologie scientifique objectivante, que seront abordés la passion et l'excès du jeu.

Les recherches sur les addictions, avec ou sans drogues, peuvent en effet être divisées en recherches sur les mécanismes de la maladie addictive, et recherches sur le sens de la conduite, du choix particulier de cette passion chez un sujet donné.

Cette opposition entre un regard scientifique, naturalisant, explicatif, et un regard compréhensif, traverse l'ensemble des sciences humaines et sociales, et est toujours à l'origine de controverses sans fin dans le champ de la psychiatrie. [L. Binswanger \(1971\)](#) opposait ainsi les mécanismes vitaux à l'histoire intérieure de vie, [E. Minkowski \(1999\)](#) la « pathologie du psychologique » à la « psychologie du pathologique »...

Dans ces approches de sens, il existe un lien entre le sens du jeu pour un sujet, et son engagement dans l'addiction, ce qui fait que les travaux portent moins sur la frontière entre normal et pathologique, que sur le contenu fantasmé et la fonction psychologique de la pratique ludique.

Même si nombre de psychanalystes n'acceptent pas l'idée que leur discipline relève uniquement de ces approches de sens, la majorité des textes psychanalytiques, dont le fameux « Dostoïevski et le parricide », portent sur le sens de la prise de risque dans le jeu, de l'idée du gain et de la réalité de la perte, le sens consistant en la correspondance entre les troubles et l'histoire singulière du sujet. Ces approches ont eu une place prépondérante, du travail de von Hattingberg en 1914, à la somme de « *Psychology of Gambling* » d'Edmund Bergler, en 1957, en passant par la « *Psychanalyse des névroses* » d'Otto Fenichel en 1945.

De même que Skinner a pu, un temps, laisser penser qu'il avait fourni une explication définitive du jeu excessif, il est possible que nombre d'analystes aient pensé que « *Psychology of Gambling* » avait fait le tour du problème, et que le jeu n'était plus un grand centre d'intérêt. Toujours est-il qu'à la lecture

de la littérature internationale, la réflexion psychanalytique apparaît presque aujourd'hui comme une longue parenthèse, entre le texte de Clemens J. France, et les travaux actuels de psychologie cognitive.

Cela conduit certains auteurs, notamment en Amérique du Nord, à considérer que la psychanalyse correspond à une étape aujourd'hui dépassée de la pensée scientifique.

C'est faire l'impasse sur tout ce que peut apporter, en matière de jeu, l'ensemble des « approches de sens », qu'elles relèvent de la psychanalyse, de l'anthropologie, de la sociologie, voire de la philosophie. Marcel Neveux (1967), à la suite de Roger Caillois (1958), voit ainsi dans les jeux de hasard et d'argent une « futilisation » des oracles et des ordalies. Le jeu serait, dans notre monde désenchanté, naturalisé, déserté par les dieux, la trace, le squelette, l'enveloppe vidée de sens de pratiques culturelles abandonnées, obsolètes. Récréation, parenthèse, ces survivances fantomatiques nous serviraient à nous délivrer passagèrement du souci de l'existence, à nous détourner des choses graves et importantes, selon la perspective pascalienne du « divertissement ».

Une autre tradition philosophique tend au contraire à faire du jeu le « symbole du monde » (E. Fink, 1966), allant jusqu'à le faire précéder les religions...

C'est que ce culte du jeu ne peut pas être simplement l'écho vide de sens de pratiques disparues : il faut bien, pour qu'il ait tant de succès, qu'il constitue une forme active, même si non consciente, de « mantique » (de divination), d'ordalie (de jugement de dieu), de quête du sens de la vie. Cette quête transparaît en fait dans la plupart des jeux, qui peuvent, sous des formes simples et enfantines, d'apparence gratuite, futile, légère, renvoyer à des perspectives cosmologiques ou eschatologiques. Les marelles sont ainsi l'exemple d'une forme ludique qui survit depuis la nuit des temps, en parallèle aux nombreux dérivés qui en sont issus (des grilles de loterie au plateau du jeu d'échecs...). La terre, le ciel, l'enfer, se retrouvent dans un univers dessiné à la craie, et pour les petites filles qui y jouent, il s'agit d'une activité pleine, comme si leur destin en dépendait réellement.

De nos jours et dans notre culture, dans notre monde désenchanté, « naturalisé », il paraîtrait le plus souvent étrange de rechercher le « sens » dans une cosmologie, et dans les relations de l'individu au ciel ou à l'enfer. Nous sommes plutôt tentés de le chercher à travers une démarche herméneutique, dans une dimension narrative de l'existence : replier les troubles, les symptômes, sur l'histoire singulière du sujet constitue la dimension de quête de sens d'une psychothérapie.

Caillois cite justement une variante actuelle de marelle où le « sens » relève de la narration plus que de la représentation cosmologique : de petites américaines, dans les années 60, ont inventé une marelle où ciel, terre et enfer étaient remplacés par « boys », « colors », « show », et « movie star » : rencontrer un garçon, se farder, faire un spectacle, devenir une vedette de cinéma : la trame d'une existence idéale est posée, dont on peut faire l'exploration, sans risques, puisque si l'on perd, on sait qu'on pourra rejouer.

Dans les jeux de hasard, l'argent peut être considéré comme l'équivalent du palet, le représentant du joueur, mais ici on le mise et risque de le perdre : une dimension supplémentaire, ordalique, s'ajoute ici à la dimension « mantique », divinatoire, du jeu.

Cette dimension, vue sous l'angle de la psychologie scientifique, est aujourd'hui, comme dans le travail de Clemens J. France, devenue « recherche de sensations », et, selon les travaux de [Marvin Zuckerman \(1994\)](#), elle est le plus souvent considérée comme un trait de caractère, inscrit biologiquement dans les mécanismes cérébraux.

Sous l'angle du sens, elle renvoie au jugement de dieu, à l'épreuve auto-imposée du joueur « dostoïevskien », qui interroge, à travers le hasard, les grandes entités « parentales » que sont le destin et la chance : « Qu'est-tu, figure du dé que je retourne dans ta rencontre (tuchè) avec ma fortune ? Rien, sinon cette présence de la mort qui fait de la vie humaine ce sursis obtenu de matin en matin au nom des significations dont ton signe est la houlette ».

Ainsi se condense pour [Jacques Lacan \(1957\)](#) la question du joueur à l'*auto-maton* du hasard, interrogation sur la place du sujet dans un symbolique, et un désir qui le dépasse et lui échappe : « Marquer les six faces d'un dé, faire rouler ce dé. De ce dé qui roule surgit le désir. Je ne dis pas désir humain »...

Le jeu peut donc être particulièrement investi par de jeunes gens en quête de sens, comme la drogue peut être une tentative d'accéder à une autre dimension existentielle. Pour de nombreux joueurs pathologiques, le défi à la chance et au destin sont premiers, la dépendance s'installant par la suite. Défier le hasard et obtenir ainsi de l'Autre réponse et reconnaissance ! Bien sûr, mais dans l'univers actuel des jeux en vogue, massifiés, domine l'impression d'une prolifération de l'imaginaire, menant à un régime de la frustration généralisée... Une chance infime de décrocher la timbale, certes, « mais, précisément, si je gagne, c'est que je ne suis pas un quelconque au regard de l'Autre, c'est que j'y ai une place d'élection, qu'il m'envoie soudain un joker qui modifie radicalement la donne initiale » ([Bon, 2004](#); [Bucher et coll., 2005](#)).

D'autres fois, le jeu a d'emblée fonction de refuge devant les difficultés de l'existence, dans une utilisation qui en fait un équivalent d'antidépresseur ou d'anesthésique.

Mais, dans ce dernier cas, le sens du jeu ne disparaît pas totalement derrière la mécanique de la dépendance.

Une personne qui, vivant une situation très difficile (l'annonce d'une maladie grave, un licenciement, une rupture...), se réfugie dans l'anesthésie du jeu compulsif, attend sans doute, de façon généralement non dite et non consciente, une réparation : dans la pratique répétée, mécanique, de la machine à sous, du rapido, des courses par courses du PMU, c'est le hasard qu'elle défie, et, à travers lui, ce sont les grandes figures du destin et de la chance qui sont convoquées...

Références

- Bergler, E., 1957. *The Psychology of Gambling*. Hill and Wang, New York.
 Binet, A., 1902. Instincts. *L'année Psychologique* 9, 435-436.
 Binswanger, L., 1971. *Introduction à l'analyse existentielle*. éditions de Minuit, Paris.
 Bon, N., 2004. Les jeux sont mal faits ! : ou la nouvelle donne psychologique. *Le Journal des Psychologues* 214, 56-60.

- Brant, S., 1994. *La Nef des fous*. Éditions La nuée bleue/DNA, la bibliothèque alsacienne.
- Bucher, C., Chassaing, J.L., Melman, C., et al., 2005. Jeu, dette et répétition : les rapports de la cure psychanalytique avec le jeu. Éditions de l'Association lacanienne internationale, Paris.
- Caillois, R., 1958. *Les jeux et les hommes*. Gallimard, Paris.
- Custer, R., 1984. Profile of the pathological gambler. *J. Clin. Psychiatry* 45, 35–38.
- Dupouy, R., Chatagnon, P., 1929. Le joueur. Esquisse psychologique. *Ann. Méd. Psychol.* (Paris) 12, 102–112.
- Fenichel, O., 1953. *La théorie psychanalytique des névroses*. Tome 2 : Les psychonévroses, évolution et thérapeutique des névroses (1945). Presses Universitaires de France, Paris.
- Fink, E., 1966. Le Jeu comme symbole du monde. Minuit, Paris.
- France, C.J., 1902. The Gambling Impulse. *Am. J. Psychol.* 13, 364–408.
- Freud, S., 1985. Dostoïevski et le parricide. Résultats, Idées, Problèmes II (1928). PUF, Paris.
- Hattingberg von., H., 1914. Analerotik, Angstlust und Eigensinn. *Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*. 2, 244–258.
- Henslin, J.M., 1967. Craps and Magic. *Am. J. Sociol.* 73, 32.
- Langer, E.J., 1975. The Illusion of Control. *J. Pers. Soc. Psychol.* 32, 311–328.
- Minkowski, E., 1999. *Traité de Psychopathologie*. Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris.
- Neveux, M., 1967. Jeux de hasard. In : Caillois, R. (Ed.), *Jeux et Sports*, Encyclopédie de la Pléiade. Gallimard, Paris.
- Lacan, J., 1957. *La psychanalyse*, Vol. 2, pp.15–44.
- Rush, B., 2011. Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains, 1784. In : Levivier, M.(trad),et Gira, E. (trad), *Psychotropes*, Vol. 17, pp. 3–4.
- Skinner, B.F., 1953. *Science and human behaviour*. Macmillan, New York.
- Turq, P.J., 1561. *Alea, sive de curanda in ludendi pecuniam cupiditate*.
- Zuckerman, M., 1994. *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. Cambridge University Press, USA.

CHAPITRE 8

Approche cognitivo-comportementale

L. Romo, M.A. Gorsane

Depuis les années 1980, le jeu pathologique fait partie des troubles du contrôle des impulsions. Néanmoins, dans la nouvelle version du DSM, le jeu pathologique fera partie des conduites addictives.

Nous n'aborderons pas dans ce chapitre la motivation au changement, qui utilise le modèle trans-théorique de Prochaska et DiClemente et les entretiens motivationnels développés par Miles et Rollnick. Cette approche de motivation au changement est extrêmement importante dans la prise en charge des comportements addictifs, et donc du problème de jeu compulsif, car celle-ci permet de s'adapter au stade du patient : la prise de conscience du problème, l'évaluation du problème et surtout l'ambivalence, le désir de changement et l'action de changer, ainsi que le maintien de l'abstinence (ou d'un comportement contrôlé). Historiquement, à partir de la fin des années 1960, les comportementalistes ont émis diverses hypothèses pour expliquer le jeu excessif comme un trouble du comportement. Ainsi, les problèmes de jeu ont été identifiés comme étant le résultat, entre autres facteurs, d'une forme d'apprentissage tant sur le plan du conditionnement classique que du conditionnement opérant (contingences). Le renforcement positif du jeu serait le gain d'argent, ceci dans des programmes de renforcement intermittent où on ne peut pas prévoir l'apparition de la réponse au gain, et donc qui amène les personnes à continuer à jouer pour obtenir leur gain. Cela serait associé, dans le cadre d'un conditionnement classique, au contexte du jeu (par exemple les bruits des machines à sous, les couleurs, etc.).

Initialement, le gain financier était considéré comme un renforcement positif important. Outre le gain, dans les années 80, d'autres renforcement positifs ont été ultérieurement invoqués dans l'établissement et la persistance des habitudes

de jeu. On retient ainsi l'état d'activation physiologique (« arousal » dans la littérature anglo-saxonne) ressenti par les sujets comme de l'excitation et de la stimulation (Brown et al., 2004; Brown, 1986). Ceci est contre-balançé par le renforcement négatif, car le jeu peut aussi être utilisé pour s'apaiser ou pour échapper aux émotions négatives comme l'anxiété ou la dépression.

L'acquisition et le développement des habitudes de jeu peuvent également être attribués à l'observation de modèles (parents, fratrie...) ou également des médias (comme dans le cas du poker), selon le modèle de l'apprentissage vicariant décrit par Bandura (1977).

Dès les années 60, des méthodes dites aversives étaient couramment utilisées. Ces thérapies avaient pour but de réduire la fréquence d'apparition d'un comportement indésirable en l'associant à une condition ou à un stimulus indésirable (Seager, 1970) afin d'éradiquer le désir de jouer. Cependant, ces méthodes ont été abandonnées.

Parmi les techniques comportementales utilisées fréquemment se trouve le contrôle du stimulus, en évitant par exemple les trajets à risque ou les routes qui mènent vers les établissements de jeu, ou en évitant aussi la gestion de l'argent « virtuel » avec des cartes de crédits et des chéquiers, car le joueur n'est pas conscient de la quantité réellement perdue. Dans tous les cas, et selon le modèle de prévention de la rechute (Marlatt et Gordon, 1985; Marlatt et Donovan, 2008), il s'agit de détecter les situations à risque qui peuvent provoquer une rechute afin de la prévenir par des réponses adaptées.

Les approches basées sur l'exposition au jeu avec la prévention de la réponse de jeu compulsif sont également très utilisées, à l'origine par Greenberg et Rankin (1982). Lors de l'utilisation de ces techniques par exemple, le thérapeute ou une personne-ressource accompagne le joueur dans des lieux où celui-ci sera confronté au jeu, et prendra progressivement de la distance si le joueur arrive à contenir son désir de jouer (le joueur apprendra à gérer la situation sur le plan émotionnel et cognitif). L'exposition avec prévention de la réponse s'accompagne d'une reprise de contrôle progressive de ces situations pour le patient, afin d'arriver à une autonomie totale dans les activités de la vie quotidienne.

La désensibilisation systématique, utilisée à l'origine entre autres par McConaghy et al. (1991), consiste à exposer une personne à une scène pouvant induire un comportement problématique ou une situation à risque, et à l'associer à un état de relaxation. Cette technique a pour but de réduire les comportements compulsifs du joueur en diminuant le degré d'excitation ou de stimulation qu'il ressent à l'égard du jeu.

Néanmoins, peu d'études comparent l'efficacité différentielle de ces techniques, et le plus souvent les traitements combinent plusieurs de ces techniques.

Concernant le traitement, la thérapie basée sur l'approche cognitivo-comportementale s'appuie sur un modèle mettant en relation les émotions ressenties par le sujet avec ses comportements et ses pensées. Les émotions ressenties par une personne ne sont pas uniquement liées à la situation qu'elle vit. Tout au contraire, les émotions qu'une personne ressent sont liées à ce qu'elle perçoit et interprète de la situation, ou avec ce qu'elle en pense. Les cognitions

constituent donc un pont entre les situations et les émotions. Ainsi, les cognitions interfèrent avec la façon dont un sujet réagit ou sur ce qu'il ressent face à une situation ou à un événement. Les cognitions et la réaction émotionnelle ont une influence sur les comportements.

Sur un plan plus cognitif, on s'intéresse essentiellement à la façon dont les individus perçoivent leur réalité et leurs problèmes. Ainsi, l'objectif est de déterminer les pensées qui engendrent des difficultés et de travailler à les modifier. Dans le cas du jeu excessif, cette approche vise à identifier les perceptions du joueur à l'égard du jeu et à lui faire prendre conscience que certaines de ces pensées ou de ces interprétations sont erronées et lui portent préjudice. La thérapie cognitive a donc pour but de corriger les pensées que le joueur entretient et qui alimentent son goût de jouer. Il est important de signaler que la plupart des joueurs ne tiennent pas compte de l'espérance de gain négative liée aux jeux de hasard et d'argent (JHA), élément spécifique à tous les JHA. Cela implique qu'à long terme, il est impossible pour le joueur de réaliser des gains financiers au travers de ce type de jeux. Le joueur excessif persiste donc dans ses conduites de jeu, soit en ne tenant pas compte de l'espérance de gain négative, soit en croyant que l'issue du jeu sera positive, spécialement pour lui. Le joueur entretient donc une série de croyances erronées qui constituent la base de la persistance à jouer. [Ladouceur et al. \(2000\)](#) de l'école de Psychologie à l'Université Laval de Québec a beaucoup travaillé sur ce sujet. Un chapitre de leur ouvrage est exclusivement consacré aux distorsions cognitives. Il est important malgré tout de préciser que ces distorsions cognitives se retrouvent aussi bien chez les joueurs occasionnels que chez les joueurs excessifs (certes avec une fréquence et une intensité différente dans ces croyances), et ne peuvent donc expliquer qu'en partie le jeu excessif. C'est pour cette raison que la thérapie devra comporter une dimension cognitive, mais également comportementale et émotionnelle.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) se base sur une approche multidimensionnelle qui intègre simultanément des aspects cognitifs, affectifs et comportementaux. Elle apporte ainsi une explication plus globale de l'apparition, du développement et de la persistance des conduites de jeu excessif.

Par ailleurs, le travail sur les motivations des joueurs correspond à un aspect de maintien des problèmes de jeu de hasard et d'argent qui est abordé en TCC. Les motivations pour le jeu sont différentes selon les sexes : le gain d'argent, mais surtout l'excitation chez les hommes, échapper au stress ou faire face aux affects négatifs chez les femmes. Ces motivations sont explorées dans les études sur le jeu excessif sur internet ([Lloyd et al., 2010](#)).

Les thérapies de groupe cognitivo-comportementales intègrent en général des techniques motivationnelles, ainsi que des techniques spécifiques des TCC, parmi lesquelles nous pouvons citer : la restructuration cognitive des distorsions cognitives, l'entraînement à la résolution de problèmes, la gestion de situations à risque, l'expression des difficultés dans la gestion des émotions (avec la relaxation) et un travail sur les envies de jeu : le « craving » ou envie irrésistible, qui existe aussi pour d'autres addictions ([Echeburua, 2006](#)). Un modèle important dans la prise en charge est celui de prévention de rechute ([Marlatt et Gordon, 1985](#)). Pour ces auteurs, il est nécessaire de repérer les situations

à risque, l'apprentissage des stratégies de *coping* (stratégies d'affrontement), la modification des distorsions cognitives, les changements dans les expectatives du comportement (comme récupérer les pertes ou se détendre...), la prise en charge des autres comorbidités comme l'anxiété, la dépression, les troubles de la personnalité ou les autres comorbidités addictives, etc. Dans ce cadre de prévention de la rechute, ces auteurs insistent sur le travail sur la « dissonance cognitive », introduite précédemment par Festinger [Marlatt et Donovan, 2005](#). Si un joueur, abstinant depuis un certain temps, joue de façon ponctuelle, à cause par exemple d'un état émotionnel négatif ou à cause d'une envie très forte qu'il ne gère pas de façon adaptée, il peut penser qu'il n'est plus abstinant (selon le principe de la dissonance cognitive, on ne peut pas être abstinant et jouer à la fois). Afin de sortir du conflit cognitif, le joueur continue de jouer, et rentre donc dans un processus de rechute. Il est donc important d'anticiper cette situation avec les patients, afin qu'ils ne confondent pas faux pas et rechute, et d'insister sur le fait que si une prise en charge se met en place alors rapidement, ils ne rechuteront probablement pas.

Dans le cadre des thérapies comportementales et cognitives, on observe fréquemment dans les problèmes d'addiction des périodes de rémission spontanée, qu'il est important de reconnaître afin d'identifier quelles ont été les stratégies utilisées par les joueurs.

Un aspect important consiste à cibler les interventions motivationnelles et cognitivo-comportementales, selon des groupes spécifiques comme les adolescents, les femmes ou les personnes âgées, qui sont souvent plus concernés par ces problèmes et pour lesquels un travail sur la compliance thérapeutique est indispensable.

Il est également nécessaire de développer la psycho-éducation, sur le jeu en général, sur le hasard et sur la gestion de l'argent en particulier. Sur ce dernier point, on peut signaler le programme « Personal Financial Strategies for the Loved Ones Problems Gamblers », pour une reprise progressive du contrôle des finances ([Marlatt et Donovan, 2005](#)).

Les thérapies de couple cognitivo-comportementales et les thérapies de couple complémentaires à la prise en charge individuelle constituent un apport important pour les patients ([Bonnaire, 2009](#)).

Par ailleurs, le rôle des manuels d'autoaide est important dans la prise en charge des patients. Citons par exemple le manuel de [Blaszczynsky \(1998\)](#), qui comporte deux parties : dans la première, on trouve une liste des questions pour l'autoévaluation du problème de jeu pathologique (selon les Joueurs Anonymes), la description des problèmes associés au jeu pathologiques, comme d'autres dépendances et les possibles problèmes avec l'entourage. Dans la deuxième partie sont exposés les principes du changement (approche motivationnelle) et les phases de la prise en charge : comprendre la motivation, établir les objectifs, évaluer les niveaux et les conséquences du jeu, l'apprentissage de la relaxation, l'identification et la gestion des émotions négatives et des situations à risque, l'exposition avec prévention de la réponse, l'identification et le changement des distorsions cognitives (liées au jeu), la prévention de la rechute et le soutien familial.

Un exemple de programme cognitivo-comportemental est celui proposé par Fernandez Montalvo et Echeburua ([Romo et al., 2003](#)). Il s'agit d'un programme en cinq semaines, en plus d'un suivi, qui se présente avec un manuel d'autoaide pour les patients et un guide pour le thérapeute.

Le programme de Ladouceur et al. depuis 1993 et en 2000, propose également l'autoévaluation du problème de jeu à travers le questionnaire SOGS et les techniques à appliquer comme la gestion des situations à risque, la résolution des problèmes, l'exposition avec prévention de réponse, les habilités sociales et les aspects familiaux et sociaux. Il contient également un travail sur l'établissement d'un budget hebdomadaire et le remboursement des dettes, la prise en charge des autres addictions et l'établissement des activités de loisir. Sur le plan cognitif, il apporte une information sur le jeu, la restructuration cognitive des croyances dysfonctionnelles sur le jeu, et l'établissement d'un plan d'urgence en cas de rechute.

Par ailleurs, de nouveaux développements sont en cours à l'intérieur de la troisième vague des TCC comme la thérapie de la pleine conscience (« mindfulness ») appliquée aux troubles addictifs ([Bowen et al., 2011](#)), car des travaux récents ont montré l'intérêt de cette dimension de « mindfulness » dans la sévérité des problèmes de jeu pathologique ([Lakey et al., 2007](#))

Des thérapeutiques combinées, surtout médicamenteuses, motivationnelles et TCC ont été souvent utilisées, avec des bons résultats ([Hodgins et al., 2011](#) ; [Shaffer et Korn, 2002](#)) évoquent la nécessité d'utiliser des programmes intégratifs avec des psychothérapies, des traitements médicamenteux, de la psychoéducation, des groupes d'autoaide et un travail familial, ce qui permet de mieux perdre en charge des aspects multidimensionnels du trouble.

Références

- Bandura, A., 1977. Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.* 84, 191–215.
- Blaszczynsky, A.P., 1998. Overcoming compulsive gambling. A self help guide using cognitive behavioral techniques. London:Robinson.
- Bonnaire, C., 2009. L'addiction aux jeux de hasard et d'argent : casino, champs de courses et jeux de grattage. In : Varescon, I. (Ed.), Les addictions comportementales. Mardaga Wavre.
- Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G.A., 2011. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. A Clinician's guide. The Guildford Press, New York.
- Brown, R.I., 1986. Arousal and sensation-seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *International Journal of Addictions*, 21, 1001–1016.
- Brown, S.L., Rodda, S., Phillips, J.G., 2004. Differences between problem and nonproblem gamblers in subjective arousal and affective valence amongst electronic gaming machine players. *Addict. Behav.* 29, 1863–1867.
- Echeburua, E., 2006. Nuevas fronteras en el estudio del juego patológico. Fundación Ramón Areces, Madrid.
- Greenberg, D., Rankin, H., 1982. Compulsive gamblers in treatment. *Br. J. Psychiatry* 140, 364–366.
- Hodgins, D.C., Stea, J.N., Grant, J.E., 2011. Gambling disorders. *Lancet* 378, 1874–1884.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C., 2000. Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling. Les éditions de l'Homme, Montréal.

- Lakey, C.E., Campbelle, W.K., Brown, K.W., Goodie, A.S., 2007. Dispositional mindfulness as a predictor of the severity of gambling outcome. *Personality and Individual Differences*, 43, 1698–1710.
- Lloyd, J., Doll, H., Hawton, K., Dutton, W.H., Geddes, J.R., Goodwin, G.M., et al., 2010. How biological symptoms relate to different motivations for gambling : an online study of internet gamblers. *Biol Psychiatry*, 68, 733–740.
- Marlatt, G.A., Donovan, D.M., 2005. *Relapse Prevention, Second Édition: Maintenance Strategies in the Treatment of addictive Behaviors*. Guilford press, New York.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R., 1985. *Relapse prevention : maintenance strategies in addictive behavior change*. Guilford Press, New York.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A., Frankota, A., 1991. Comparaison of imaginal desensitisation with other behavioral of pathological gambling. A two to nine year follow-up. *Br. J. Psychiatry* 159, 390–393.
- Romo, L., Fricot, E., Aubry, C., Lejoyeux, M., Adès, J., 2003. Prise en charge du jeu pathologique : présentation d'un programme cognitivo-comportemental. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 13, 147–155.
- Seager, C.P., 1970. Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *Br. J. of Psychiatry* 117, 545–553.
- Shaffer, H.J., Korn, D.A., 2002. Gambling and related mental disorders : A public health analysis. *Annu. Rev. Public Health* 23, 171–212.

CHAPITRE 9

Vers une approche intégrative du jeu pathologique

C. Zumwald, O. Simon

Considéré tantôt comme un vice, comme une maladie ou encore comme une dérive de notre société consumériste, le jeu excessif a fait l'objet de conceptualisations développées initialement hors du champ des addictions. Après un bref rappel historique relatif à la médicalisation du jeu excessif, différents axes d'intégration des concepts seront passés en revue : le jeu excessif en tant qu'addiction, le modèle dit « des pathways », l'approche bio-psycho-sociale, et enfin, l'approche de santé publique.

De l'approche morale à la médicalisation du jeu excessif

Perspective historique

De manière récurrente, les discours sur les jeux de hasard et d'argent (JHA) ont été marqués par la condamnation d'une activité « déviante », allant à l'encontre des valeurs comme l'effort et le mérite, et menaçant la hiérarchie sociale (Reith, 2007). À partir du XIX^e siècle apparaissent les premières conceptualisations médicales du jeu excessif, qui est alors considéré avant tout comme une « maladie morale » (Panese et Barras, 2010). Au début du XX^e siècle, le jeu excessif est envisagé comme la « déformation morbide » d'une passion ordinaire, dont l'origine relève de l'« état psychique » (Panese et Barras, 2010). Les premières observations cliniques apparaissent avec, notamment, les descriptions de Freud (1928) qui définit le trouble comme une névrose de compulsion. Dans les années 1950, on assiste à une « subjectivation publique du jeu pathologique

comme souffrance » (Panese et Barras, 2010). Le mouvement des *Gamblers Anonymous*, qui considère le jeu excessif comme une maladie incurable dont le rétablissement n'est possible qu'au prix de l'abstinence, naît à cette période. À partir des années 1970, la libéralisation du marché des JHA et l'expansion considérable de l'offre vont de pair avec une diminution des considérations morales. L'année 1980 sonne l'heure de la « DSM'isation » du trouble (Panese et Barras, 2010), avec l'apparition du « jeu pathologique » dans le manuel de référence. Ce dernier présente le joueur « pathologique » comme un individu distinct des autres types de joueurs, pouvant être évalué au moyen d'une liste de symptômes. Le trouble augmente en visibilité et devient un sujet de recherche dans de nombreux domaines, notamment en sociologie, psychologie, droit, économie et médecine.

Modèles médicaux

Les approches médicales du jeu excessif partent du présupposé que les joueurs « excessifs » présentent des caractéristiques qualitativement différentes des joueurs « récréatifs ». L'attention est portée à l'individu, de même que les soins. Sont ainsi successivement élaborés le modèle issu de l'approche psychanalytique, le modèle issu des théories de l'apprentissage, le modèle cognitif, et des modèles mettant l'accent sur les aspects compulsifs ou impulsifs du trouble. Ces modèles sont détaillés au fil de cet ouvrage.

Axes d'intégration du jeu excessif

Jeu excessif en tant qu'addiction

Depuis quelques années, la majeure partie des auteurs considère le jeu excessif comme une addiction comportementale. C'est d'ailleurs dans la catégorie « Addictions and Related Disorders » que le trouble devrait apparaître prochainement dans le DSM-V, sous l'appellation de « Disordered Gambling » (Bowden-Jones et Clark, 2011), en raison des nombreux points communs existant entre le jeu excessif et les troubles liés aux substances (pour une synthèse : Grant et al., 2010). Ces points communs concernent principalement la phénoménologie des troubles (notamment symptômes de tolérance et de sevrage, « craving »), leur évolution (chronicité, rémissions spontanées), les dommages (familiaux, financiers, légaux), les traits de personnalité (impulsivité, recherche de sensations), les comorbidités, les cognitions (recherche de récompense immédiate, mauvaises prises de décisions), la neurobiologie (circuit dopaminergique) et la réponse aux traitements (modèles 12 étapes, approches motivationnelles, prévention de la rechute, pharmacothérapie).

Les modèles conceptuels des addictions en général sont aussi nombreux que variés (pour une synthèse : West, 2006), et il n'est pas possible de les énumérer ici de manière exhaustive. Parmi ceux qui intègrent explicitement le jeu excessif, on peut citer la « théorie générale des addictions » (Jacobs, 1986), qui

décrit le jeu excessif en tant que paradigme du modèle. Selon l'auteur, différents facteurs physiologiques et psychologiques sont à l'origine du trouble : un état physiologique de base hypotendu/déprimé ou à l'inverse hypertendu/anxieux, et une prédisposition psychologique à des sentiments négatifs, comme une mauvaise estime de soi, forgés par des expériences précoces de rejet. Ainsi, la personne cherche, par son comportement de jeu ou sa consommation de substances, autant une échappatoire à ses affects négatifs qu'une tentative d'autoréalisation. Par la suite, ses conduites se maintiennent par effet des renforcements positifs et négatifs.

Dans une volonté d'intégrer tant les addictions avec substances que sans substances dans une définition opérationnelle et « DSM-compatible », [Goodman \(1990\)](#) les définit comme un processus par lequel un comportement, adopté à la fois pour procurer du plaisir et pour soulager un inconfort interne, est utilisé selon un pattern caractérisé par : (1) une perte de contrôle récurrente sur le comportement et (2) une poursuite du comportement en dépit des dommages. Cette définition place les éléments de dépendance et de compulsion au centre de l'addiction. Elle met en avant non pas l'objet d'addiction, mais un processus addictif sous-jacent dont la manifestation varie.

Dans la même veine, le « modèle du syndrome d'addiction » ([Shaffer et al., 2004](#)) considère l'addiction comme un syndrome partageant des facteurs étiologiques communs et dont les expressions varient.

Le modèle des « pathways »

Développé par [Blaszczynski et Nower \(2002\)](#), ce modèle part du constat que les joueurs excessifs représentent un groupe hétérogène. Trois sous-groupes sont décrits, chacun présentant une étiologie, des facteurs de vulnérabilité et des caractéristiques démographiques distinctes : (1) les joueurs ayant fait l'objet d'un conditionnement, (2) les joueurs vulnérables émotionnellement et (3) les joueurs antisociaux et impulsifs. Les trois sous-groupes partagent des éléments communs : un environnement proposant une offre de jeu accessible et acceptée socialement, ainsi que l'influence du conditionnement classique et opérant. Le premier sous-groupe se caractérise par une absence d'éléments psychopathologiques prémorbides. Le niveau de sévérité du trouble est modeste, la réponse aux traitements souvent favorable. Le deuxième sous-groupe présente des troubles anxieux et/ou dépressifs et de mauvaises compétences dans la résolution de problèmes, antérieurs au jeu excessif. Le joueur cherche par son comportement de jeu à moduler ses affects négatifs. Ce sous-groupe serait plus résistant au changement. Quant au troisième sous-groupe, il englobe les personnes présentant des troubles sévères, associés à des dérégulations neurochimiques. Des traits d'impulsivité et des troubles de personnalité antisociale sont observés, qui se traduisent par des abus de substances, des comportements suicidaires ou des actes criminels. La sévérité du trouble est élevée et la réponse aux traitements est faible. Un des intérêts principaux du modèle réside, selon les auteurs, dans la différenciation des modalités de traitement selon l'appartenance à l'un ou l'autre « pathway ».

Perspective bio-psycho-sociale

Le modèle bio-psycho-social est le plus couramment utilisé et le plus consensuel en psychiatrie. Développé par Engel en 1977, dans un contexte où l'approche biomédicale est érigée en « dogme », il plaide pour une intégration des facteurs psychosociaux à la pratique biomédicale. Dans le domaine du jeu excessif, la perspective bio-psycho-sociale est sous-jacente à la plupart des modèles conceptuels récents, notamment ceux qui ont été mentionnés plus haut. Toutefois, la dimension sociale reste encore peu explicitée. On peut citer les travaux de [Sharpe \(2002\)](#), qui a développé un modèle cognitivo-comportemental bio-psycho-social du jeu excessif. Celui-ci rend compte des composantes biologiques, psychologiques et sociales dans la genèse et le maintien du trouble, avec un accent intéressant sur les composantes sociales, en particulier le rôle joué par l'accessibilité aux offres de jeu et la nature des jeux. Des hypothèses sur les interactions entre les différentes variables bio-psycho-sociales sont également avancées.

Approche de santé publique

Plus récemment, l'approche de santé publique se base sur des études de prévalence et d'incidence du jeu excessif dans la population ; elle élargit la conception du problème aux personnes confrontées à des difficultés moins sévères et transitoires. Cette perspective remet en question la conception du jeu excessif comme trouble chronique affectant une minorité de joueurs vulnérables. L'attention se porte sur l'environnement plus large dans lequel le jeu s'inscrit, et sur le produit en lui-même comme source de dommage, avec un potentiel de problèmes pour un nombre plus important de joueurs. Des patterns sociodémographiques de risque et de vulnérabilité sont identifiés et évalués selon un continuum de dommages ([Reith, 2007](#)). La triade épidémiologique individu-agent-environnement est couramment utilisée pour intégrer les différentes facettes des problèmes de jeu à un niveau populationnel. L'angle de l'individu englobe les caractéristiques et les expériences du joueur ; l'angle de l'agent, les aspects structurels et situationnels des jeux ; l'angle de l'environnement, le contexte familial, social et sociétal dans lequel se produit l'interaction individu-agent. Le point fort de l'approche de santé publique est de mettre en évidence le rôle de l'agent, à savoir les différentes offres de JHA. Des recherches visent notamment à différencier des niveaux de dangerosité selon les types de jeux ([Häfeli, 2010](#)).

Le futur de l'approche intégrative

[Adams et al. \(2009\)](#) plaident pour que les efforts en matière de développement de soins individuels soient équilibrés par des efforts équivalents sur le plan des réponses de santé publique. Trois volets de mesures sont proposés : réduction des dommages, promotion de la santé communautaire et action sur les déterminants politiques, en limitant les conflits d'intérêts qui lient les gouvernements

aux profits issus des JHA. Objet de recherche interdisciplinaire, l'approche intégrative du jeu excessif contribue au développement de mesures de prévention de plus en plus différenciées. À terme, une telle approche devrait soutenir le développement de nouvelles politiques publiques, visant explicitement la réduction du « *burden of disease* » et des coûts sociaux du jeu excessif.

Références

- Adams, P.J., Raeburn, J., de Silva, K., 2009. A question of balance : prioritizing public health responses to harm from gambling. *Addiction* 104, 688–691.
- Blaszczynski, A., Nower, L., 2002. A pathway model of problem and pathological gambling. *Addiction* 97, 487–499.
- Bowden-Jones, H., Clark, L., 2011. Pathological gambling : a neurobiological and clinical update. *Br. J. Psychiatry* 199, 87–89.
- Engel, G.L., 1977. The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129–136.
- Freud, S., 1985. *Dostoïevski et le parricide* (Préface à Fedor Dostoïevski, Les Frères Karamazov); 1928. In : Freud, S. (Ed.), *Résultats, idées, problèmes II*, second éd. PUF, Paris, pp. 161–179.
- Goodman, A., 1990. Addiction : definition and implications. *Br. J. Addict.* 85, 1403–1408.
- Grant, J.E., Potenza, M.N., Weinstein, A., Gorelick, D.A., 2010. Introduction to behavioral addictions. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 36, 233–241.
- Häfeli, J., 2010. Un instrument d'évaluation du potentiel de dangerosité des jeux de hasard et d'argent. In : Dunand, C., Rihs-Middel, M., Simon, O. (Eds.), *Prévenir le jeu excessif dans une société addictive*. Médecine & Hygiène, Genève, pp. 75–91.
- Jacobs, D.F., 1986. A general theory of addictions : a new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior* 2, 15–31.
- Panese, F., Barras, V., 2010. Les jeux de hasard et d'argent au temps de la médicalisation. In : Dunand, C., Rihs-Middel, M., Simon, O. (Eds.), *Prévenir le jeu excessif dans une société addictive*. Médecine & Hygiène, Genève, pp. 13–27.
- Shaffer, H.J., LaPlante, D.A., LaBrie, R.A., Kidman, R.C., Donato, A.A., Stanton, M.V., 2004. Toward a syndrome model of addiction : multiple expressions, common etiology. *Harv. Rev. Psychiatry* 12, 367–374.
- Sharpe, L., 2002. A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychol. Rev.* 22, 1–25.
- Reith, G., 2007. Situating Gambling Studies. In : Smith, G., Hodgins, D.C., Williams, R.J. (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies*. Elsevier, Burlington, MA, pp. 3–29.
- West, R., 2006. *Theory of Addiction*. Blackwell Publishing Ltd, Oxford.

CHAPITRE 10

Facteurs de risque socio-environnementaux du jeu pathologique

M. Guillou-Landreat, M. Grall-Bronnec

Le jeu problématique est défini comme la résultante d'une interaction entre des caractéristiques individuelles, un contexte social et environnemental et des caractéristiques liées à la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) au jeu ([Abbot et Clarke, 2007](#) ; [Shaffer et al., 2004](#)). Cependant, à l'image du modèle intégratif proposé par [Blaszczynski et Nower \(2002\)](#), les caractéristiques socio-environnementales tendent à être parfois délaissées à la faveur des caractéristiques individuelles ([Thomas et al., 2009](#)). Elles sont pourtant essentielles à intégrer et peuvent être distinguées en facteurs liés à l'individu et au jeu.

Facteurs socio-environnementaux liés à l'individu

Influence de la famille et du groupe de pairs

La qualité de l'attachement parental, basé sur l'échange, la communication et la confiance, est inversement corrélée à la sévérité des conduites de jeu à l'adolescence ([Magoon et Ingersoll, 2006](#)). La transmission culturelle des valeurs et des croyances se fait dans un premier temps au sein de la cellule intrafamiliale. Les théories de l'apprentissage social suggèrent qu'un sujet apprend, imite et perpétue des comportements parce qu'ils sont observables et renforcés ([Bandura, 1977](#)). L'initiation aux JHA se fait majoritairement dans le premier cercle familial dès l'enfance ([Gupta et Derevensky, 1997](#)). Le regard porté par les parents sur les pratiques de jeu conditionne également l'installation d'habitudes de jeu.

Les habitudes s'acquièrent d'autant plus que ce regard est tolérant ou bienveillant. Le partage d'histoires de jeu, de mythes familiaux, y contribue aussi (Raylu et Oei, 2004). D'autre part, une surveillance parentale trop distante vis-à-vis des activités de l'enfant, ou une guidance parentale insuffisante au sein de la cellule familiale, ou encore l'absence de limites définies par les parents, sont des facteurs positivement corrélés à la sévérité des problèmes de jeu chez les adolescents (Magoon et Ingersoll, 2006).

Enfin, l'existence d'habitudes de jeu chez les parents, d'autant plus qu'elles sont problématiques, est un facteur de risque d'émergence de jeu pathologique chez les enfants (Lesieur et al., 1991 ; Raylu et Oei, 2004 ; Magoon et Ingersoll, 2006). La prévalence du jeu pathologique chez les parents de joueurs pathologiques est estimée de 25 à 40% selon les études (Hardoon et al., 2004).

Les pairs ont une influence sur l'initiation des comportements de jeu à l'adolescence. Cette influence sera d'autant plus forte que la pratique des JHA est vécue comme un loisir agréable, excitant et associé à des valeurs positives et que le groupe de pairs joue aussi (Langhinrichsen-Rohling et al., 2004).

Facteurs culturels et religieux

Plusieurs études soulignent l'appartenance à une minorité culturelle comme un facteur de risque de jeu pathologique. Il existe des taux de prévalence plus élevés chez les chinois en Australie, chez les indiens sur le continent nord américain ou chez les maoris en Nouvelle-Zélande (Johansson et al., 2009 ; Raylu et Oei, 2004). Le jeu a alors une fonction sociale particulière dans une minorité vulnérable ayant un fort besoin d'appartenance. Par ailleurs, plusieurs auteurs ont souligné l'influence de la religion et des croyances. Ainsi, l'acceptation culturelle de la pensée magique chez les indiens d'Amérique permet aux croyances liées à la chance ou au destin de se généraliser à la pratique des JHA. Quelle que soit la religion, la fréquentation régulière des lieux de culte est un facteur « protecteur » vis-à-vis des comportements de jeu (Lam, 2006). La pratique d'une religion implique en effet l'intégration dans un réseau social, ce qui diminuerait les motivations à jouer (Ades et Lejoyeux, 2000).

Facteurs socio-économiques et éducatifs

Une situation économique plus difficile, avec des emplois plus précaires, favoriserait le développement de comportements de jeu, d'autant plus dans une société valorisant la réussite sociale et la consommation. Le recours au hasard et à la chance peut apparaître comme une voie rapide et facile d'accès, en faisant l'économie des apprentissages et de l'application des habiletés. Plusieurs études suggèrent que le bas niveau d'éducation augmente le risque de développer des problèmes de jeu. *A contrario*, un niveau plus élevé d'éducation serait un facteur protecteur, en permettant de développer des capacités d'analyse et de raisonnement utiles face aux distorsions cognitives spécifiques de jeu (Cunningham-Williams et al., 2005 ; Scherrer et al. 2007).

Facteurs liés au jeu

Accessibilité et disponibilité

Les liens entre l'augmentation de l'offre de jeu et celle du nombre de joueurs sont établis depuis de nombreuses années (Ladouceur et al., 1999; Raylu et Oei, 2002; Welte et al., 2004). Les études concluent de manière contradictoire. Il existe un impact de l'augmentation des offres de jeu sur la prévalence des comportements de jeu, mais qui semble limité dans le temps. Jacques et Ladouceur (2006) ont démontré que l'augmentation du nombre de joueurs était transitoire après l'ouverture d'un nouveau casino, la nouveauté stimulant l'intérêt.

D'autre part, certains auteurs se sont intéressés spécifiquement à la notion d'accessibilité des JHA, souvent décrite comme facteur de risque de jeu problématique. Ils en distinguent différents types : l'accessibilité géo-temporelle, qui inclut la proximité du domicile, du lieu de travail ou du lieu habituel de courses, et les horaires d'accessibilité des lieux de jeu ; l'accessibilité sociale, qui inclut l'attractivité des JHA ; l'accessibilité financière, qui inclut la faible mise nécessaire pour certains jeux, la possibilité de payer avec une carte de crédit ou la proximité des distributeurs automatiques de billets dans les lieux de jeu (Thoma et al., 2009).

Influence des publicités

La surexposition à des publicités de JHA contribue à leur acceptation sociale et leur banalisation. Les joueurs problématiques semblent plus sensibles aux effets de ces campagnes publicitaires que les joueurs non problématiques, avec le déclenchement d'un craving (Schaffer et al., 2004; Binde, 2009). Les premiers identifient d'ailleurs les publicités de JHA comme des facteurs de risque de rechute.

Conclusion

Les facteurs sociaux et environnementaux ont un impact sur l'individu et sa pratique des JHA. Ils évoluent en fonction des changements de la société. S'ils ne semblent pas induire de jeu problématique par eux-mêmes, ils agissent en synergie, chez des sujets vulnérables, avec les facteurs de risque individuels et liés au jeu, pour favoriser l'émergence du jeu pathologique et son maintien. Enfin, ils représentent un facteur de risque majeur de rechute.

Références

- Abbot, M., Clarke, D., 2007. Prospective problem gambling research : contribution and potential. *International Gambling Studies* 7, 123–144.
- Ades, J., Lejoyeux, M., 2000. Jeu pathologique, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Vol. Psychiatrie. Elsevier SAS, Paris 396-A-325.
- Bandura, A., 1977. *Social learning theory*. General Learning Press, New York.

- Binde, P., 2009. Exploring the impact of gambling advertising : an interview study of problem gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction* 4, 541–554.
- Blaszczynski, A., Nower, L., 2002. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 97, 487–499.
- Cunningham-Williams, R.M., Grucza, R.A., et al., 2005. Prevalence and predictors of pathological gambling : results from the St Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study. *Journal of Psychiatry Research* 4, 377–390.
- Gupta, R., Derevensky, J., 1997. Familial and social influences on juvenile gambling behaviour. *J. Gambl. Stud.* 3, 179–192.
- Hardoon, K.K., Gupta, R., et al., 2004. Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychol. Addict. Behav.* 2, 170–179.
- Jacques, C., Ladouceur, R., 2006. A prospective study of the impact of opening a casino on gambling behaviours : 2 and 4 years follow up. *Can. J. Psychiatry* 51, 764–773.
- Johansson, A., Grant, E., Won Kim, S., Odlaug, B.L., Gøtestam, K.G., 2009. Risk factors for problematic gambling : a critical literature review. *J. Gambl. Stud.* 25, 67–92.
- Ladouceur, R., Jacques, C., et al., 1999. Prevalence of problem gambling : a replication 7 years later. *Can. J. Psychiatry* 8, 802–804.
- Lam, D., 2006. Influence of religiosity on gambling participation. *J. Gambl. Stud.* 22, 305–320.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Rohling, M.L., Rohde, P., Seeley, J.R., 2004. The SOGS-RA vs The MAGS-7 : prevalence estimates and classification congruence. *J. Gambl. Stud.* 20, 259–281.
- Lesieur, H.R., Cross, J., et al., 1991. Gambling ant pathological gambling among university students. *Addict. Behav.* 6, 517–527.
- Magoon, M.E., Ingersoll, G.M., 2006. Parental modelling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. *J. Gambl. Stud.* 22, 1–22.
- Raylu, N., Oei, T.P., 2004. Role of culture in gambling and problem gambling. *Clin. Psychol. Rev.* 23, 1087–1114.
- Shaffer, H.J., Labrie, R.A., et al., 2004. The road less travelled : “Moving from distribution to determinants in the study of gambling epidemiology. *Can. J. Psychiatry* 8, 504–516.
- Scherrer, J.F., Slutske, W.S., 2007. Factors associated with pathological gambling at 10 year follow up in a national sample of middle-aged men. *Addiction* 102, 970–978.
- Thomas, A.C., Bates, G., Moore, S., Kyrios, M., Meredyth, D., Jessop, G., 2009. Gambling and the multidimensionality of accessibility : more than just proximity to venues. *International Journal of Mental Health and Addiction* 9, 88–101.
- Welte, J.W., Wiczorek, W.F., et al., 2004. The relationship of ecological and geographic factors to gambling behavior and pathology. *J. Gambl. Stud.* 4, 405–423.

CHAPITRE 11

Jeu problématique et impulsivité : une approche multidimensionnelle

J. Billieux, A. Belkacem

Jeu problématique et impulsivité : état de la question

Depuis bientôt trois décennies, de nombreux chercheurs se sont intéressés aux mécanismes psychologiques susceptibles de sous-tendre le jeu problématique. Parmi ces recherches, de nombreuses se sont focalisées sur le rôle potentiel des traits impulsifs. Cet intérêt pour l'impulsivité est en grande partie imputable au fait que le jeu problématique a d'emblée été conceptualisé comme un « trouble du contrôle des impulsions », il est d'ailleurs répertorié sous cette étiquette dans l'actuelle version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR).

Un examen de la littérature scientifique permet de répertorier nombre d'études ayant investigué les liens entre jeu problématique et impulsivité. Ces données attestent de manière consistante (1) de niveaux d'impulsivité plus élevés chez des personnes ayant le diagnostic de « jeu pathologique » que chez des participants de contrôle appariés (par exemple, [Blaszczynski et al., 1997](#); [Fuentes et al., 2006](#)); (2) de liens positifs entre hauts niveaux d'impulsivité et profil de joueurs « à risque » au sein de la population générale ou dans des populations d'étudiants universitaires (par exemple [Vitaro et al., 1997](#) et [1999](#)); et (3) de liens positifs entre hauts niveaux d'impulsivité et sévérité des symptômes de jeu

problématique (par exemple Moore et Ohtsuka, 1997; Slutske et al., 2005). En outre, l'impulsivité a été liée, chez des joueurs problématiques, à une moins grande efficacité des prises en charge psychothérapeutiques (MacCallum et al., 2007) et à une plus grande probabilité d'abandonner une thérapie avant qu'elle ne soit terminée (Leblond et al., 2003). Relevons que seules quelques études n'ont pas trouvé de liens entre jeu problématique et impulsivité (par exemple Allcock et Grace, 1988), mais que ces dernières ont été critiquées quant à leur méthodologie (par exemple disparité d'âge et/ou de genre entre les groupes de participants, taille réduite des échantillons évalués).

Dans l'ensemble, ce type de données atteste de l'existence de liens entre haut niveau d'impulsivité et comportements de jeu problématique. Néanmoins, ces études ont très peu contribué à la compréhension du rôle spécifique de l'impulsivité dans le développement, le maintien et la récurrence des conduites de jeu problématique. Nous pensons que cela est essentiellement dû à l'absence de cadre théorique spécifiant les différentes facettes de l'impulsivité, les mécanismes psychologiques impliqués et de leurs contributions aux symptômes de jeu problématique. En effet, il est maintenant établi que l'impulsivité est un concept multifactoriel sous-tendu par une variété de mécanismes psychologiques spécifiques (exécutifs, affectifs, motivationnels) (voir par exemple Billieux et al., 2008). Dans cette optique, nous allons dans la section suivante montrer comment le construit d'impulsivité peut être scindé en différentes composantes, et de quelle manière ces dernières sont susceptibles de jouer des rôles différenciés dans l'explication des conduites de jeu problématiques.

Une approche multidimensionnelle des liens entre impulsivité et jeu problématique

Un prélude à une conception théoriquement et empiriquement fondée du construit d'impulsivité a été franchi par les psychologues Stephen Whiteside et Donald Lynam (2001). Plus précisément, ces auteurs ont postulé, en se basant sur les modèles de la personnalité dominants (par exemple le modèle « Big Five » de la personnalité, voir Costa et McCrae, 1992) et des échelles d'impulsivité les plus utilisées (par exemple l'échelle d'impulsivité BIS-11 de Barratt), l'existence de quatre facettes distinctes en lien avec les manifestations impulsives. Leurs prédictions ont été validées par des analyses factorielles et une nouvelle échelle créée à partir des items présentant les meilleures saturations sur chacun de ces facteurs : le questionnaire d'impulsivité UPPS (« UPPS Impulsive Behavior Scale », Whiteside et al., 2005). Ce questionnaire, ainsi qu'une version courte de ce dernier, ont d'ailleurs été adaptés et validés en français (version originale : Van der Linden et al., 2006 ; version courte : Billieux et al., 2012b). Les quatre composantes de l'impulsivité identifiées sont les suivantes : (1) *l'urgence*, qui correspondrait à la tendance à expérimenter des réactions fortes et excessives dans des contextes émotionnels intenses ; (2) *le manque de persévérance*, définie comme la difficulté à rester concentré sur des tâches complexes et/ou ennuyeuses ; (3) *le manque de préméditation*, considéré comme une faible

aptitude à prendre en compte les conséquences à long terme des actions; et (4) *la recherche de sensations*, qui caractérise les personnes aimant s'engager dans des conduites stimulantes, excitantes, et potentiellement risquées.

Si les travaux de Whiteside et Lynam ont clairement contribué à une meilleure caractérisation des multiples composantes de l'impulsivité, leur approche ne spécifie pour autant pas quels sont les mécanismes psychologiques qui sous-tendent les manifestations impulsives. Dans cette perspective, [Bechara et Van der Linden \(2005\)](#); (voir aussi [Billieux et al., 2008](#)) ont proposé de relier les facettes de l'impulsivité à des mécanismes psychologiques spécifiques. Ce cadre théorique, dont les fondements sont désormais appuyés par un nombre grandissant de données empiriques (par exemple [Billieux et al., 2010](#); [Gay et al., 2008](#)), stipule que les quatre facettes de l'impulsivité identifiées par Whiteside et Lynam peuvent être appréhendées selon deux niveaux d'analyse distincts. Le premier niveau, reflété par les facettes d'urgence, de manque de persévérance et de manque de préméditation, serait en lien avec des difficultés touchant des mécanismes exécutifs et de prise de décision. Plus précisément, l'urgence serait au moins en partie la conséquence de difficultés affectant la capacité à inhiber des schémas de réponses dominants ou automatiques; le manque de persévérance la résultante de difficultés à inhiber des pensées et/ou des souvenirs non pertinents; et le manque de préméditation le reflet d'une faiblesse des différents mécanismes (plus ou moins contrôlés) impliqués dans les processus de délibération (ou de prise de décision). Le second niveau, représenté par la facette de recherche de sensations, concernerait davantage les dispositions motivationnelles ou tempéramentales. La recherche de sensations peut à ce titre être considérée comme le reflet d'une plus grande sensibilité aux récompenses qu'aux punitions, et plus largement à une activation préférentielle des systèmes motivationnels d'approche (plutôt que d'évitement). À titre d'exemple, chez une personne présentant des problèmes de jeu, un stimulus signifiant (par exemple le fait de voir l'entrée d'un casino ou d'un bar-tabac) provoquera une activation du système motivationnel d'approche, lequel modulera les différents traitements (perceptifs, moteurs, etc.) impliqués dans les conduites d'approche et de recherche de renforcements. Ainsi, si cette personne s'adonne quotidiennement au jeu dans un bar au moment de rejoindre son domicile, elle devra recourir à ses capacités exécutives d'autocontrôle (en particulier l'aptitude à inhiber une réponse dominante) lorsqu'elle désirera éviter de s'engager dans cette conduite de jeu automatisée.

Ces dernières années, plusieurs études ont exploré les liens entre impulsivité et jeu pathologique à la lumière du modèle UPPS de l'impulsivité. Il a ainsi été établi que les composantes d'autocontrôle de l'impulsivité (et plus particulièrement l'urgence et le manque de préméditation) sont des prédicteurs importants des conséquences négatives résultant des conduites de jeu (telles que des conflits familiaux, des dettes, etc.) (par exemple [Cyders et Smith, 2008](#); [Smith et al., 2007](#)). En revanche, bien qu'associée de manière inconsistante au statut de joueur problématique (voir [Hammelstein, 2004](#), pour une revue), la recherche de sensations semble un bon prédicteur des conduites effectives de

jeu (par exemple fréquence d'engagement dans des conduites de jeu et nombre d'activités de jeu pratiqués, voir [Coventry et Norman, 1997](#); [Smith et al., 2007](#)), ou encore des préférences quant au type de jeux pratiqués (par exemple [Bonnaire et al., 2006](#)). À l'inverse des dimensions d'autocontrôle de l'impulsivité, la recherche de sensations ne permet pas de prédire solidement, chez des personnes traitées pour des problèmes de jeu, quels sont ceux qui mèneront à terme leur traitement de ceux qui l'abandonneront prématurément ([Leblond et al., 2003](#)).

Dans cette optique, il est possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle des personnes ayant une recherche de sensations élevée associée à de bonnes capacités d'autocontrôle joueront de manière « contrôlée » (par exemple en arrivant à inhiber des conduites de « chasing » ou en évitant de jouer des sommes trop élevées), alors que des individus ayant une recherche de sensations élevée associée à des faibles capacités d'autocontrôle auront des difficultés à ne pas s'engager dans des conduites de jeu risquées et dommageables sur le long terme. Sur le plan de l'intervention psychologique, le modèle à deux niveaux de processus (motivationnel et exécutif) que nous venons de présenter suggère la mise en place, chez les personnes présentant des problèmes de jeu, de différents types d'interventions visant soit à modifier les réponses automatiques dysfonctionnelles (en lien avec les systèmes motivationnels), et/ou à améliorer les capacités d'autocontrôle (en lien avec les processus exécutifs et décisionnels) (pour des exemples d'interventions, voir [Frieze et al., 2011](#); [Van der Linden et Billieux, 2011](#)). Ces interventions psychologiques devront également intégrer la trajectoire discontinue du joueur pathologique dans le temps. Ainsi, elles rendront mieux compte de l'interaction complexe entre les motivations, les émotions et les comportements de jeu, eux-mêmes soumis à l'influence d'autres facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

En guise de conclusion, nous voudrions soulever l'importance de considérer la multiplicité des facteurs susceptibles de promouvoir les comportements de jeu problématique. En effet, dans une étude récente ([Billieux et al., 2012a](#)), nous avons mis en évidence l'existence d'une hétérogénéité importante au sein des profils d'impulsivité rencontrés chez des personnes ayant reçu un diagnostic de joueur pathologique (selon les critères du DSM). Par exemple, certains des joueurs incorporés dans l'étude étaient caractérisés par une altération de l'ensemble des facettes de l'impulsivité, alors que d'autres présentaient des scores élevés uniquement en regard de certaines des composantes évaluées. En outre, il est également apparu qu'une part substantielle des joueurs pathologiques de notre étude (30 % de l'échantillon) ne pouvaient être considérés comme impulsifs sur aucune des facettes de l'échelle d'impulsivité UPPS, et ne présentaient pas de déficit à une tâche évaluant les capacités d'inhibition. Ce dernier constat apporte une validation supplémentaire à la position selon laquelle la recherche sur le jeu pathologique s'est trop souvent focalisée sur les aspects liés à l'impulsivité (et plus largement à l'autorégulation), en ignorant le rôle potentiel d'autres facteurs psychologiques (par exemple les distorsions cognitives, les attitudes explicites et implicites à l'égard du fait de jouer de l'argent, les buts et

motivations idiosyncrasiques des individus). Les recherches futures se devraient ainsi d'explorer les rôles spécifiques et les potentielles interactions entre différents types de mécanismes psychologiques et le jeu problématique.

Références

- Allcock, C.C., Grace, D.M., 1988. Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 22, 307–311.
- Bechara, A., Van der Linden, M., 2005. Decision-making and impulse control after frontal lobe injuries. *Cur. Opin. Neurol.* 18, 734–739.
- Billieux, J., Gay, P., Rochat, L., Van der Linden, M., 2010. The role of urgency and its underlying psychological mechanisms in problematic behaviours. *Behav. Res. The.* 48, 1085–1096.
- Billieux, J., Lagrange, G., Van der Linden, M., Lançon, C., Adida, M., Jeanningros, R., 2012a. Investigation of impulsivity in a sample of treatment-seeking pathological gamblers : a multidimensional perspective. *Psychiatry Res.*, in press.
- Billieux, J., Rochat, L., Ceschi, G., Carré, A., Offerlin-Meyer, I., Defeldre, A.C., et al., 2012b. Validation of a short French version of the UPPS-P Impulsive Behaviour Scale. *Compr. Psychiatry*, in press.
- Billieux, J., Rochat, L., Van der Linden, M., 2008. Une approche cognitive, affective et motivationnelle de l'impulsivité. In : Van der Linden, M., Ceschi, G. (Eds.), *Traité de psychopathologie cognitive*. Solal, Marseille, pp. 137–152.
- Blaszczynski, A., Steel, Z., McConaghy, N., 1997. Impulsivity in pathological gambling : the antisocial impulsivist. *Addiction* 92, 75–87.
- Bonnaire, C., Bungener, C., Varescon, I., 2006. Pathological gambling and sensation seeking- How do gamblers playing games of chance in cafés differ from those who bet on horses at the racetrack ? *Addiction Research and Theory* 14, 619–629.
- Costa, P.T., McCrae, R.R., 1992. Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and the five factor inventory (NEO-FFI) : professional manual. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- Coventry, K.R., Norman, A.C., 1997. Arousal, sensation seeking and frequency of gambling in off-course horse racing bettors. *Br. J. Psychol.* 88, 671–681.
- Cyders, M.A., Smith, G.T., 2008. Clarifying the role of personality dispositions in risk for increased gambling behavior. *Personality and Individual Differences* 45, 503–508.
- Friese, M., Hofmann, W., Wiers, R.W., 2011. On taming horses and strengthening riders : recent developments in research on interventions to improve self-control in health behaviors. *Self and Identity* 10, 336–351.
- Fuentes, D., Tavares, H., Artes, R., Gorenstein, C., 2006. Self-reported and neuropsychological measures of impulsivity in pathological gambling. *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 12, 907–912.
- Gay, P., Rochat, L., Billieux, J., d'Acremont, M., Van der Linden, M., 2008. Heterogeneous inhibition processes involved in different facets of self-reported impulsivity : evidence from a community sample. *Acta Psychol. (Amst)* 129, 332–339.
- Hammelstein, P., 2004. Faites vos jeux ! Another look at sensation seeking and pathological gambling. *Personality and Individual Differences* 37, 917–931.
- Leblond, J., Ladouceur, R., Blaszczynski, A., 2003. Which pathological gamblers will complete treatment ? *Br. J. Clin. Psychol.* 42, 205–209.
- MacCallum, F., Blaszczynski, A., Ladouceur, R., Nower, L., 2007. Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. *Personality and Individual Differences* 43, 1829–1838.
- Moore, S.M., Ohtsuka, K., 1997. Gambling activities of young Australians : developing a model of behaviour. *J. Gambl. Stud.* 13, 207–236.

- Slutske, W.S., Caspi, A., Moffitt, T.E., Poulton, R., 2005. Personality and problem gambling A prospective study of a birth cohort of young adults. *Archive of General Psychiatry* 62, 769–775.
- Smith, G.T., Fischer, S., Cyders, M.A., Annus, A.M., Spillane, N.S., McCarthy, D.M., 2007. On the validity and utility of discriminating among impulsivity-like traits. *Assessment* 14, 155–170.
- Van der Linden, M., d'Acremon, M., Zermatten, A., Jerman, F., Laroi, F., Willems, S., et al., 2006. A French adaptation of the UPPS Impulsive Behavior scale : confirmatory factor analysis in a sample of undergraduates. *European Journal of Psychological Assessment* 22, 38–42.
- Van der Linden, M., Billieux, J., 2011. La contribution de la psychopathologie cognitive à l'intervention psychologique. In : Monzée, J. (Ed.), *Ce que le cerveau a dans la tête : Perception, apparences et personnalité*. Liber, Montréal, pp. 145–172.
- Vitaro, F., Arseneault, L., Tremblay, R.E., 1997. Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *Am. J. Psychiatry* 154, 1769–1770.
- Vitaro, F., Arseneault, L., Tremblay, R.E., 1999. Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction* 94, 565–575.
- Whiteside, S.P., Lynam, D.R., 2001. The five factor model and impulsivity : using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences* 30, 669–689.
- Whiteside, S.P., Lynam, D.R., Miller, J., Reynolds, B., 2005. Validation of the UPPS Impulsive Behaviour Scale : a four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality* 19, 559–574.

CHAPITRE 12

Genre et âge

J. Caillon, M. Grall-Bronnec

Si parmi les 28,8 millions de joueurs français en 2010, toutes les tranches d'âge sont représentées, et la pratique en fonction du genre assez équilibrée, nous constatons cependant une évolution indéniable, avec en particulier une augmentation de la prévalence du jeu pathologique chez les femmes et un maintien de la vulnérabilité propre à la population adolescente et aux personnes âgées.

De plus en plus de femmes

La pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) reste majoritairement masculine. Cependant, plusieurs études constatent que cette prédominance tend à s'estomper. Ainsi, près de 60 % des femmes interrogées sur leur pratique des JHA au cours de l'année écoulée rapportaient être des joueuses récréatives (Potenza et al., 2006). Nous prenons ainsi le parti de décrire ici les particularités de la pratique des JHA chez les femmes, qu'elle soit récréative ou surtout pathologique, en insistant sur les différences liées au genre.

Si pour la majorité des femmes, la pratique est non problématique, 1,4 % d'entre elles présentent une conduite de jeu pathologique (Afifi et al., 2010). Lorsque l'on prend pour période de référence la vie entière, la prévalence des problèmes de jeu aux États-Unis s'élève à 3,5 % (dont 0,2 % de jeu pathologique) chez les femmes, contre 7,43 % chez les hommes (dont 0,6 % de jeu pathologique) (Blanco et al., 2006). La proportion de femmes dans les échantillons de joueurs pathologiques serait passée d'un tiers à la moitié (Crisp et al., 2004; Shaffer et al., 2004), voire plus (Grant et Kim, 2002). Cette égalisation du sex-ratio s'explique en partie par l'augmentation de l'offre et l'accessibilité croissante des JHA pratiqués légalement, les femmes étant moins enclines que les hommes à s'engager dans des pratiques illégales (Afifi et al., 2010).

Contrairement aux hommes qui préfèrent les jeux « stratégiques », les femmes optent majoritairement pour les machines à sous et les autres jeux de casinos (Afifi et al., 2010).

Le parcours de jeu des femmes comporte également des spécificités. S'il est admis que les hommes engagent plus précocement leur premier pari, on sait aussi que les femmes développent plus rapidement une pratique pathologique des JHA, dès lors qu'elles ont commencé à jouer (Grant et Kim, 2002). Ainsi, elles rapportent le début du jeu vers la trentaine en moyenne (contre 20 ans pour les hommes) (Tavares et al., 2001). La « crise de la quarantaine » (maternité, dévouement à la famille, fragilisation de l'identité de femme, vulnérabilité aux symptômes psychiatriques...), pourrait expliquer en partie ce constat (Tavares et al., 2003). De plus, l'âge d'accès aux soins est sensiblement le même chez les joueurs pathologiques quel que soit le genre (47 ans en moyenne pour les femmes et 42 ans pour les hommes) (Tavares et al., 2001).

En ce qui concerne les motivations à jouer, les femmes évoquent essentiellement « l'échappement » ou « l'évasion », avec pour objectif de lutter contre les émotions/pensées négatives, alors que la pratique des hommes est plus dirigée vers l'action (Grant et Kim, 2002). Les joueuses pathologiques accordent plus d'importance à l'environnement de jeu et son aspect social, plutôt qu'à l'aspect monétaire et au gain potentiel (Ibanez et al., 2003). Ce constat est aussi retrouvé avec le support de jeu Internet (Lloyd et al., 2010). Mais on retrouve aussi le classique « espoir de gain » et la recherche de stimulations, comme chez les joueurs pathologiques (Grant et Kim, 2002).

Le profil des femmes joueuses pathologiques diffère aussi, en matière de comorbidités. Ainsi, on retrouve davantage de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de troubles du comportement alimentaire associés chez les femmes (Ibanez et al., 2003 ; Martins et al., 2004). Les hommes souffrent plus particulièrement d'addictions à des substances psychoactives. Les femmes rapportent plus souvent des antécédents d'abus physiques. De plus, elles se différencient de leurs homologues masculins pour ce qui concerne les comportements risqués : on retrouve ainsi plus d'antécédents de tentatives de suicide, en lien avec la symptomatologie dépressive. Cependant, malgré les différences, on constate que les dommages liés à la pratique pathologique varient peu en fonction du genre.

Toujours trop d'adolescents

Malgré l'interdiction des JHA aux mineurs dans la plupart des pays occidentaux, cette pratique existe néanmoins chez les adolescents, et est en augmentation croissante. Au niveau international, la pratique des JHA (au moins une fois par an), était de 45 % entre 1984 et 1988, et de 66 % entre 1989 et 1998 (Jacobs, 2000). De même, parmi les études menées sur de larges échantillons de sujets scolarisés, citons celle de Moore et Ohtsuka (2000) en Australie, ou celle de Cronce et de ses collaborateurs (2007) aux États-Unis, indiquant respectivement que 88,7 % et 83,5 % des adolescents interrogés avaient déjà expérimenté au cours de leur vie la pratique des JHA. L'âge moyen de la première

mise est selon les études internationales de 11,5 ans (Gupta et Derevensky, 1998; Jacobs, 2000). Comme pour les adultes, le sexe masculin est corrélé à une fréquence de jeu pathologique plus élevée (Moore et Ohtsuka, 2000).

Parmi les adolescents qui jouent plus d'une fois par mois, les jeux de prédilection sont les paris sur les matchs de football et les jeux de cartes pour les garçons, et les jeux de loterie pour les filles (Moore et Ohtsuka, 2000). Sans tenir compte du genre, les jeux de loterie et de grattage arrivent en tête des préférences. Les mêmes tendances étaient retrouvées chez les joueurs occasionnels. L'apparition des nouvelles technologies a révolutionné la pratique des JHA. Internet procure une accessibilité et une disponibilité des JHA incomparables. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement, en raison du risque addictogène spécifique lié au support Internet. Ce dernier garantit l'anonymat des joueurs et promeut la pratique des JHA par des publicités attractives. L'ensemble de ces aspects est terriblement séduisant pour les adolescents, de plus en plus nombreux à utiliser Internet de façon générale, et pour jouer en particulier. La pratique des JHA est ressentie comme un loisir agréable, excitant, associé à des valeurs positives par les jeunes (Moore et Ohtsuka, 2000). Leur optimisme leur fait surestimer leurs chances de gagner. L'illusion de gagner facilement de l'argent et d'accéder ainsi à une vie meilleure contribue à rendre la pratique des JHA attractive (Currie et al. 2006).

Ces caractéristiques expliquent en partie pourquoi la prévalence est plus élevée en population adolescente qu'en population générale adulte (2 à 3 fois plus de conduites de jeu problématique et pathologique que chez l'adulte). Une méta-analyse, portant sur 146 études de prévalence des problèmes liés à la pratique des JHA menées en Amérique du Nord, a permis de conclure que les adolescents souffraient plus de « jeu à risque » (prévalence de 14,6 % sur l'année écoulée et de 8,4 % sur la vie entière) et de « jeu pathologique » (prévalence de 4,8 % sur l'année écoulée et de 3,4 % sur la vie entière) que les adultes (Shaffer et Hall, 2001). Cette prévalence majorée s'explique par de fréquentes résolutions spontanées des problèmes de jeu au début de l'âge adulte, ainsi que par l'utilisation d'instruments d'évaluation qui surestiment les problèmes de jeu (Ladouceur et al., 2000).

Les outils les plus utilisés pour évaluer la prévalence des problèmes de jeu dans cette tranche d'âge spécifique sont le SOGS-RA (South Oaks Gambling screen-Revised Adolescent) (Fisher 2000) et le DSM-IV-MR-J (Disorder Diagnosis Criteria-IV-Multiple Response-Juvenile) (Poulin, 2002). Le SOGS-RA est plus intéressant comme instrument de dépistage et le DSM-IV-MR-J comme instrument de diagnostic. À l'origine créées pour les adultes, les questions ont été adaptées aux adolescents. Cependant, la prudence s'impose car la validité de ces outils auprès d'une population adolescente est discutée dans plusieurs études (Ladouceur et al., 2000).

Les facteurs de risque évoqués pour la pratique pathologique à l'adolescence sont à la fois des facteurs individuels, environnementaux et liés à l'objet jeu. L'un des principaux facteurs de risque évoqués dans les études est la précocité de l'initiation. Il s'agit d'un facteur de mauvais pronostic car la précocité est associée à des problèmes de jeu plus tard à l'adolescence, à la sévérité des

symptômes psychiatriques (dépression, tentative de suicide, troubles oppositionnels) à l'adolescence et à l'abus de substances psycho-actives au début de l'âge adulte (Desai et al., 2005). Les antécédents de dépression, de trouble déficit de l'attention/hyperactivité ou d'usage de substances psycho-actives sont également cités comme des facteurs de risque dans plusieurs études (Cronce et al., 2007; Derevensky et al. 2007; Luder et al., 2010).

Sur le plan familial, plusieurs études ont montré que la fréquence de la pratique et la sévérité des problèmes de jeu chez les parents sont en lien avec la fréquence de la pratique des JHA chez les adolescents. La famille de l'adolescent joueur est souvent marquée par des conflits ou des divorces, par un niveau d'éducation parentale faible et des consommations de substances psycho-actives importantes. Il apparaît aussi que l'occurrence des problèmes de jeu chez des adolescents issus de la population générale est liée à la sévérité des problèmes de jeu chez le père (Vachon et al., 2004). Le groupe de pairs joue également un rôle non négligeable dans l'initiation aux JHA. Le besoin de reconnaissance par le groupe est un facteur de maintien de la conduite.

Enfin, les caractéristiques structurelles ont un impact sur la pratique. Très à l'aise avec l'outil Internet, les adolescents sont à risque de développer une conduite de jeu problématique en ligne (Messerlian et al., 2004). En effet, ces jeux présentent des caractéristiques addictogènes propres (accessibilité, anonymat, monnaie virtuelle) et offrent souvent la possibilité de pouvoir jouer sur des sites d'entraînements gratuits accessibles aux mineurs. Cette pratique favorise la présence de distorsions cognitives comme l'illusion de contrôle et le passage aux mises réelles dès la majorité (Messerlian et al., 2004).

Les personnes âgées, une clientèle privilégiée par les opérateurs de jeu

La pratique des JHA, qu'elle soit contrôlée ou devienne pathologique, concerne de plus en plus de personnes âgées, comme en attestent plusieurs études menées à l'étranger (McNeilly et Burke, 2001; Levens et al., 2005). En France aussi, les personnes âgées constituaient une clientèle de choix pour les principaux opérateurs de jeux, à hauteur de 19 % pour la Française de Jeux, de 23 % pour le Pari Mutuel Urbain, et de 23 % pour les casinos. Pour ces derniers, il s'agissait de la tranche d'âge majoritaire (Valleur et Matysiak, 2009).

Cette pratique des JHA pourrait être tout à fait bénéfique, en raison d'un meilleur support social, d'un meilleur état thymique, de la perception d'un meilleur état de santé, ainsi que d'un meilleur fonctionnement cognitif (Vander Bilt et al., 2004). Il ressort que les personnes âgées qui jouent sont plus jeunes, moins souvent retraitées et plus souvent employées à temps plein, plus souvent mariées et autonomes, possédant leur propre maison, que les personnes âgées qui ne jouent pas (Smart et Ferris, 1996; McNeilly et Burke 2000; Ladd et al., 2003; Desai et al., 2004; Vander Bilt et al., 2004).

Il est essentiel d'interroger la motivation à jouer des personnes âgées. Même si l'espoir de gain est une motivation essentielle, quel que soit l'âge des sujets

interrogés, il semble néanmoins qu'elle soit moins importante chez les personnes âgées (Desai et al., 2004; Clarke, 2008). « Se détendre et avoir du plaisir » est la raison de jouer qu'elles rapportaient le plus. Suivaient « s'échapper pour la journée », « passer le temps », « éviter de s'ennuyer », « obtenir un repas bon marché » (en lien avec les faibles revenus des seniors) et « rencontrer de nouvelles personnes » (McNeilly et Burke, 2000).

D'autres travaux insistent davantage sur les risques liés à la pratique des JHA chez les personnes âgées. Disposer de revenus fixes et limités (comme une pension de retraite) constitue un risque de développer des problèmes de jeu chez les personnes âgées (Gerstein et al., 1999), le jeu représentant alors la dernière opportunité de gagner une grosse somme d'argent et d'améliorer sa situation. Il semble que la dépendance au jeu s'installerait plus vite chez les seniors et que les sommes mises augmenteraient avec l'âge (Gerstein et al., 1999; McNeilly et Burke, 2000).

La prévalence des problèmes de jeu parmi les seniors varie entre 0,4 % et 11 % en fonction des études (McNeilly et Burke, 2000; Ladd et al., 2003; Levens et al., 2005; Wiebe et Cox, 2005; Philippe et Vallerand, 2007), et semble inférieure à celle retrouvée chez les sujets plus jeunes (Desai et al., 2004). Mesurer les problèmes de jeu chez les sujets âgés est une gageure. À notre connaissance, il n'existe pas d'instrument spécifiquement élaboré pour eux. Les critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) pourraient représenter la façon la plus satisfaisante d'évaluer les comportements de jeu problématiques, d'en déterminer la sévérité et de diagnostiquer le jeu pathologique.

Les problèmes de jeu des personnes âgées vont de pair avec certaines caractéristiques socio-démographiques; on retrouve ainsi le fait de vivre seul, d'appartenir à une minorité ethnique ou raciale ou d'avoir un bas niveau d'études (Levens et al., 2005; Wiebe et Cox, 2005). Il est essentiel de préciser que parmi les joueurs pathologiques, la proportion de femmes augmente de façon notable avec l'âge (Petry, 2002). Certaines caractéristiques cliniques sont aussi plus fréquemment associées : alcoolisations massives, symptômes de stress post-traumatique (Levens et al., 2005), problème de santé physique ou mentale (Erickson et al., 2005), détresse psycho-sociale (Pietrzak et al., 2005). La question du déclin cognitif lié à l'âge reste cruciale. Des études concluent que les personnes âgées qui jouent ont un meilleur fonctionnement cognitif que celles qui ne jouent pas (Vander Bilt et al., 2004), et que les personnes âgées qui ont une pratique à risque des JHA ne souffrent pas plus que les autres de déclin cognitif léger ou moyen (Levens et al., 2005).

Conclusion

Pour conclure, cette brève mise au point permet de repérer des populations particulières, vulnérables quant à la pratique des JHA, et pour lesquelles il convient de développer des mesures de prévention primaire et secondaire adaptées : créer des campagnes de sensibilisation et d'éducation, créer et évaluer des programmes de prévention spécifiques (pour aider à garder le contrôle sur la pratique des JHA), mener des recherches sur l'efficacité des modérateurs de jeu, etc.

Références

- Affi, T.O., Cox, B.J., et al., 2010. The relationship between problem gambling and mental and physical health correlates among a nationally representative sample of Canadian women. *Can. J. Public Health* 101, 171–175.
- American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth ed. American Psychiatric Press, Washington DC, 886 p.
- Blanco, C., Hasin, D.S., et al., 2006. Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol. Med.* 36, 943–953.
- Clarke, D., 2008. Older adults' gambling motivation and problem gambling : a comparative study. *J. Gambl. Stud.* 24, 175–192.
- Crisp, B.R., Thomas, S.A., et al., 2004. Not the same : a comparison of female and male clients seeking treatment from problem gambling counselling services. *J. Gambl. Stud.* 20, 283–299.
- Cronce, J.M., Corbin, W.R., et al., 2007. Self-perception of gambling problems among adolescents identified as at-risk or problem gamblers. *J. Gambl. Stud.* 23, 363–375.
- Currie, S.R., Hodgins, D.C., et al., 2006. Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities. *Addiction* 101, 570–580.
- Derevensky, J.L., Pratt, L.M., et al., 2007. Gambling problems and features of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among children and adolescents. *Journal of Addiction Medicine* 1, 165–172.
- Desai, R.A., Maciejewski, P.K., et al., 2004. Health correlates of recreational gambling in older adults. *Am. J. Psychiatry* 161, 1672–1679.
- Desai, R.A., Maciejewski, P.K., et al., 2005. Gender differences in adolescent gambling. *Ann. Clin. Psychiatry* 17, 249–258.
- Erickson, L., Molina, C.A., et al., 2005. Problem and pathological gambling are associated with poorer mental and physical health in older adults. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 20, 754–759.
- Fisher, S., 2000. Developing the DSM-IV-TR criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. *J. Gambl. Stud.* 16, 253–273.
- Gerstein, D., Murphy, S., et al., 1999. Gambling impact and behavior study report to the National Gambling Impact Study Commission. National Opinion Research Center, Chicago.
- Grant, J.E., Kim, S.W., 2002. Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Compr. Psychiatry* 43, 56–62.
- Gupta, R., Derevensky, J.L., 1998. Adolescent Gambling Behavior : A Prevalence Study and Examination of the Correlates Associated with Problem Gambling. *J. Gambl. Stud.* 14, 319–345.
- Ibanez, A., Blanco, C., et al., 2003. Gender differences in pathological gambling. *J. Clin. Psychiatry* 64, 295–301.
- Jacobs, D.E., 2000. Juvenile gambling in North America : an analysis of long term trends and future prospects. *J. Gambl. Stud.* 16, 119–152.
- Ladd, G.T., Molina, C.A., et al., 2003. Gambling participation and problems among older adults. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 16, 172–177.
- Ladouceur, R., Bouchard, C., et al., 2000. Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults? *J. Gambl. Stud.* 16, 1–24.
- Levens, S., Dyer, A.M., et al., 2005. Gambling among older, primary-care patients : an important public health concern. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 13, 69–76.
- Lloyd, J., Doll, H., et al., 2010. How psychological symptoms relate to different motivations for gambling : an online study of internet gamblers. *Biol. Psychiatry* 68, 733–740.

- Luder, M.T., Berchtold, A., et al., 2010. Do youths gamble? You bet! A Swiss population-based study. *Swiss Med. Wkly.* 140, w13074.
- Martins, S.S., Tavares, H., et al., 2004. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addict. Behav.* 29, 1231–1235.
- McNeilly, D.P., Burke, W.J., 2000. Late life gambling : the attitudes and behaviors of older adults. *J. Gambl. Stud.* 16, 393–415.
- McNeilly, D.P., Burke, W.J., 2001. Gambling as a social activity of older adults. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 52, 19–28.
- Messerlian, C., Byrne, A.M., et al., 2004. Gambling, youth and the internet : should we be concerned? *Canadian Child and Adolescent Psychiatr Review* 13, 3–6.
- Moore, S., Ohtsuka, K., 2000. The structure of young people's leisure and their gambling behaviour. *Behaviour Change* 17, 167–177.
- Petry, N.M., 2002. A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *Gerontologist* 42, 92–99.
- Philippe, F., Vallerand, R.J., 2007. Prevalence rates of gambling problems in Montreal, Canada : a look at old adults and the role of passion. *J. Gambl. Stud.* 2, 275–283.
- Pietrzak, R.H., Molina, C.A., et al., 2005. Health and psychosocial correlates of disordered gambling in older adults. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 13, 510–519.
- Potenza, M.N., Maciejewski, P.K., et al., 2006. A gender-based examination of past-year recreational gamblers. *J. Gambl. Stud.* 22, 41–64.
- Poulin, C., 2002. An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. *J. Gambl. Stud.* 18, 67–93.
- Shaffer, H.J., Hall, M.N., 2001. Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada. *Can. J. Public Health* 92, 168–172.
- Shaffer, H.J., LaBrie, R.A., et al., 2004. The road less travelled : moving from distribution to determinants in the study of gambling epidemiology. *Can. J. Psychiatry* 49, 504–516.
- Smart, R.G., Ferris, J., 1996. Alcohol, drugs and gambling in the Ontario adult population, 1994. *Can. J. Psychiatry* 41, 36–45.
- Tavares, H., Martins, S.S., et al., 2003. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers : an exploratory analysis. *J. Clin. Psychiatry* 64, 433–438.
- Tavares, H., Zilberman, M.L., et al., 2001. Gender differences in gambling progression. *J. Gambl. Stud.* 17, 151–159.
- Vachon, J., Vitaro, F., et al., 2004. Adolescent gambling : relationships with parent gambling and parenting practices. *Psychol. Addict. Behav.* 18, 398–401.
- Valleur, M., Matysiak, J.C., 2009. Jeu pathologique et personnes âgées. In : Fernandez, L. (Ed.), *Les addictions du sujet âgé*. Paris, In Press Editions, pp. 105–117.
- Vander Bilt, J., Hodge, H.H., et al., 2004. Gambling participation and social support among older adults : a longitudinal study. *J. Gambl. Stud.* 20, 373–390.
- Wiebe, J.M., Cox, B.J., 2005. Problem and probable pathological gambling among older adults assessed by the SOGS-R. *J. Gambl. Stud.* 21, 205–221.

CHAPITRE 13

Vulnérabilité psychologique

M. Lagadec, M. Grall-Bronnec

Parmi les facteurs propres à l'individu, la vulnérabilité psychologique peut être également considérée comme un facteur de risque, de maintien et d'aggravation du jeu problématique.

Nous aborderons successivement les principaux facteurs psychologiques favorisant le jeu pathologique, à savoir les événements de vie et les traumatismes, les stratégies de *coping* négatives et enfin la vulnérabilité émotionnelle.

Les événements de vie et traumatismes

Il a été démontré que les événements de vie traumatisants étaient associés à une augmentation du risque de développer une pratique pathologique des jeux de hasard et d'argent (JHA) (Lobo et Kennedy, 2009). Une étude menée sur un échantillon de vétérans de la guerre du Vietnam a ainsi précisé que plus le nombre d'événements de vie traumatisants était important, plus le nombre de symptômes du jeu pathologique augmentait (Scherrer et al., 2007). Parmi les événements de vie traumatisants de l'enfance, la négligence était celui qui était le plus associé au jeu pathologique, suivi par les abus. Concernant les événements traumatisants se déroulant à l'âge adulte, il s'agissait du viol. Hormis pour le fait d'être témoin d'une agression ou d'un meurtre, l'association entre événements traumatisants et symptômes de jeu pathologique était influencée par des facteurs familiaux (génétiques ou environnementaux partagés). Les résultats de cette étude peuvent être critiqués en raison du type de sujets évalués non représentatifs de la population générale. Ils confirment cependant ceux de travaux antérieurs, indiquant par exemple que la sévérité des maltraitances subies dans l'enfance était liée à une sévérité accrue des problèmes de jeu, de façon indépendante (Petry et Steinberg, 2005).

L'étude menée par Felsher et ses collaborateurs auprès de 1 324 adolescents et jeunes adultes âgés de 17 à 22 ans va également dans ce sens, en montrant une corrélation entre différents types de violence subis durant l'enfance et la sévérité du problème de jeu (Felsher et al., 2009).

Plus récemment, une étude longitudinale canadienne, menée pendant cinq ans, auprès de 1 372 joueurs de la population générale, confirme la sévérité des maltraitements comme facteur de risque du jeu problématique. Les auteurs de cette recherche insistent particulièrement sur l'évaluation systématique des antécédents traumatiques physiques, émotionnels ou sexuels dans la prise en charge du joueur pathologique (Hodgins et al. 2010).

Dans ce cadre, la pratique de jeu problématique pourrait être considérée comme une stratégie d'adaptation et de fuite des affects négatifs liés aux événements stressants de l'enfance ou de l'adolescence.

Les stratégies de *coping* négatives

Les stratégies de *coping* désignent les processus cognitifs et comportementaux mis en place par l'individu pour faire face à une situation problématique. On distingue principalement les stratégies d'adaptation centrées sur la résolution de problème, d'adaptation centrées sur la régulation des émotions et d'adaptation par évitement et fuite. Le jeu pathologique peut être compris comme une stratégie d'adaptation dont les différentes modalités ont été étudiées chez des joueurs pathologiques. Ces sujets présentent des difficultés dans la gestion du stress, et font montre de peu de capacités d'adaptation (Expertise collective Inserm, 2008).

Un certain nombre d'auteurs ont suggéré que le jeu permettrait d'échapper à un niveau de dépression particulièrement élevé chez les joueurs pathologiques, parmi lesquels on retrouve également des stratégies de *coping* inadaptées indépendamment des affects négatifs (Getty et al., 2000).

Il semble que les joueurs problématiques adoptent principalement des stratégies d'adaptation par évitement ou fuite, notamment vers d'autres conduites addictives, ainsi que des stratégies de *coping* orientées sur la régulation des émotions tandis que les non joueurs et les joueurs récréatifs présentent des stratégies de *coping* centrées sur la résolution du problème (Gupta et Derevensky, 2001).

En 2007, Wood et Griffiths ont mis en évidence, à l'aide d'entretiens semi-directifs passés auprès de 50 joueurs problématiques, la prise de conscience de cette fonction échappatoire du jeu chez ces sujets, leur permettant d'anesthésier leur état émotionnel vulnérable, de « remplir un vide » et de maintenir une socialisation. Ces bénéfices de la pratique de jeu participent, entre autres, au renforcement du processus addictif.

Enfin, une étude canadienne, plus récente, a exploré les stratégies de *coping* négatives auprès d'un échantillon de 18 913 sujets issus de la population générale, âgés de 15 à 70 ans et ayant joué à un JHA lors de l'année écoulée. Leurs résultats indiquaient un lien significatif entre les stratégies de *coping* négatives

(par exemple, se réfugier dans le sommeil, éviter la compagnie des autres, manger pour se réconforter), chez les hommes comme chez les femmes (Afifi et al., 2010).

Une vulnérabilité émotionnelle

Pour les joueurs pathologiques, le jeu revêt une fonction singulière, qu'il convient d'interroger. Plus que l'espoir d'un gain ou la recherche du plaisir, l'évasion émotionnelle est pour beaucoup la motivation principale. Ces joueurs tentent alors de s'extraire de leurs difficultés existentielles par un court-circuit de la pensée, en se plaçant dans une sorte d'état dissociatif qui réduit l'attention et régule l'humeur.

Dans leur modèle intégratif de compréhension du jeu pathologique, Blaszczynski et Nower nomment ces sujets « émotionnellement vulnérables » (Blaszczynski et Nower, 2002). Le trouble addictif s'installe peu à peu, comme une conséquence de la vulnérabilité émotionnelle, qui se traduit par de fréquentes comorbidités anxio-dépressives, préexistantes aux problèmes de jeu. On retrouve aussi une faible estime de soi, un sentiment d'infériorité ou d'illégitimité, une faible tolérance à l'ennui, ces traits étant perçus précocement dès l'enfance.

Les travaux de Stewart et de ses collaborateurs, menés auprès de joueurs pathologiques probables et de joueurs non pathologiques ont également mis en évidence une dysrégulation émotionnelle renforçant la motivation au jeu (Stewart et al., 2008). À partir du Drinking Motives Questionnaire, ils ont conçu un auto-questionnaire standardisé, le Gambling Motives Questionnaire (GMQ). Le GMQ évalue les motivations à jouer selon trois dimensions : l'adaptation (processus internalisé, faisant référence au renforcement négatif, c'est-à-dire qu'il vise à réduire ou éviter les émotions négatives), l'amélioration (processus internalisé lui aussi, faisant référence au renforcement positif, c'est-à-dire qu'il vise à accroître les émotions positives) et le social (processus externalisé, faisant aussi référence au renforcement positif, c'est-à-dire qu'il vise à augmenter l'affiliation sociale). D'après les résultats, les joueurs pathologiques probables, en comparaison des joueurs non pathologiques, ont des scores plus élevés pour chacune des trois sous-échelles, en particulier pour l'adaptation et l'amélioration.

En conclusion, il est essentiel d'explorer systématiquement la présence de facteurs de vulnérabilité psychologique chez le joueur problématique, afin d'indiquer des stratégies thérapeutiques adaptées, de préférence d'inspiration analytique et d'approche cognitive et comportementale. Il semble également important de mettre en place des actions de prévention et de recherche ciblées.

Références

- Afifi, T.O., Cox, B.J., et al., 2010. Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatry Res.* 178, 395–400.
- Blaszczynski, A., Nower, L., 2002. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 97, 487–499.

- Felsher, J.R., Jeffrey, L., et al., 2009. Young adults with gambling problems : The impact of childhood maltreatment. *International Journal of Mental Health and Addiction* 8, 545–556.
- Getty, H.A., Watson, J.N., et al., 2000. A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *J. Gambl. Stud.* 16, 377–391.
- Gupta, R., Derevensky, J., 2001. An examination of the Differential Coping Styles of Adolescents with Gambling Problems. Report prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Toronto, Ontario.
- Hodgins, D.C., Schopflocher, D.P., et al., 2010. The association between childhood maltreatment and gambling problems in a community sample of adult men and women. *Psychol. Addict. Behav.* 24, 548–554.
- Inserm, 2008. Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions. Editions Inserm, Paris.
- Lobo, D.S.S., Kennedy, J.L., 2009. Genetic aspects of pathological gambling : A complex disorder with shared genetic vulnerabilities. *Addiction* 104, 1454–1465.
- Petry, N.M., Steinberg, K.L., 2005. Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychol. Addict. Behav.* 19, 226–229.
- Scherrer, J.F., Xian, H., et al., 2007. Association Between Exposure to Childhood and Lifetime Traumatic Events and Lifetime Pathological Gambling in a Twin Cohort. *J. Nerv. Ment. Dis.* 195, 72–78.
- Stewart, S.H., Zack, M., et al., 2008. Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction* 103, 1110–1117.
- Wood, R.T.A., Griffiths, M.D., 2007. A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. *Psychol. Psychother.* 80, 107–125.

CHAPITRE 14

Les comorbidités psychiatriques et addictives du jeu pathologique

M. Grall-Bronnec, M. Guillou-Landréat

Les troubles de l'axe I sont très fréquemment associés au jeu pathologique (JP), que les joueurs pathologiques soient issus de la population générale (Petry et al., 2005; Kessler et al., 2008) ou surtout soient recrutés dans des lieux de soins (Ibanez et al., 2001; Fuentes et al., 2006; Ladouceur et al., 2006). Certains auteurs formulent même l'hypothèse que l'accès aux soins pourrait être favorisé par les comorbidités (Petry et al., 2005). Le JP peut précéder la survenue des comorbidités, qui sont alors à considérer comme des dommages, au même titre que les dettes ou les conflits conjugaux. Il arrive aussi que le JP en soit une conséquence. Le plus souvent, JP et comorbidités coexistent, et il est alors parfois difficile d'établir la chronologie d'apparition respective des troubles (Kessler et al., 2008). Il est important de préciser que les joueurs pathologiques rapportant aussi des comorbidités de l'axe I se caractérisent par la sévérité du JP, qui augmente de façon linéaire avec le nombre de comorbidités diagnostiquées (Ibanez et al., 2001).

Les troubles de l'humeur

À l'instar des sujets souffrant d'addiction à des substances psychoactives, la prévalence sur la vie entière des troubles de l'humeur est élevée chez les joueurs pathologiques (Petry et al., 2005), allant de 17 % pour le trouble bipolaire à 38,6 % pour l'épisode dépressif majeur et la dysthymie (Kessler et al., 2008). Dans leur revue de littérature, Kim et ses collaborateurs notaient que l'incidence

de la bipolarité allait de 8 à 31 % et celle de la dépression unipolaire de 28 à 76 % chez les joueurs pathologiques, significativement plus élevées que celles retrouvées en population générale (Kim et al., 2006).

La *dépression* est un trouble comorbide retrouvé chez nombre de joueurs pathologiques, jusqu'à 3/4 d'entre eux répondant aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur dans certaines études (Kim et al., 2006). L'association du JP avec le *trouble bipolaire* est particulièrement forte, et il semble qu'il soit un facteur prédictif de développer des problèmes de jeu (Kessler et al., 2008). Certains auteurs avancent même l'idée que le JP pourrait être un trouble du spectre bipolaire, et qu'impulsivité et bipolarité pourraient être liées (Dell'Osso et al., 2005). Enfin, le *risque suicidaire*, associé ou non à un épisode dépressif majeur actuel, doit toujours être recherché, tant il est une éventualité fréquente. Ainsi, dans un échantillon de joueurs pathologiques hospitalisés pour ce motif, plus du tiers rapportaient avoir déjà attenté à leurs jours, la plupart du temps à cause du jeu (Kausch, 2003). Dans un autre échantillon de joueurs pathologiques en soins, la moitié rapportaient avoir des idées suicidaires, voire avoir déjà fait une tentative de suicide (Petry et Kiluk, 2002).

Les troubles anxieux

Les enquêtes épidémiologiques menées en population générale indiquent que les joueurs pathologiques présentent aussi un antécédent de trouble anxieux pour 41,3 % (Petry et al., 2005), voire 60,3 % d'entre eux (Kessler et al., 2008). Dans cette dernière enquête, le *trouble panique* est le trouble anxieux le plus souvent associé au JP. Une méta-analyse récente indiquait que la prévalence des troubles anxieux chez les joueurs pathologiques et problématiques était de 37,4 % (Lorains et al., 2011). Lorsque la population d'étude concerne des joueurs pathologiques en soins, on retrouve un trouble anxieux actuel et un trouble anxieux sur la vie entière chez respectivement 4,3 % et 7,2 % des sujets (Ibanez et al., 2001). Certains échantillons rapportent même des taux plus importants : le *trouble anxieux généralisé* concerne 36 % des sujets, les *phobies spécifiques* 33,2 % des sujets et le *trouble panique* 5,1 % des sujets (Fuentes et al., 2006). Le lien avec le *trouble obsessionnel compulsif* (TOC) est complexe. Certains auteurs considèrent que le JP appartient au spectre des troubles reliés au TOC, plus proche du pôle « impulsif » sur un axe dimensionnel « impulsif-compulsif » (Hollander, 1993). Les antécédents de TOC n'ont pas été recherchés chez les joueurs pathologiques inclus dans les deux principales études épidémiologiques (Petry et al., 2005 ; Kessler et al., 2008), mais on retrouve un TOC actuel chez 6,5 % des sujets inclus dans une étude évaluant des joueurs pathologiques en soins (Fuentes et al., 2006). Le *syndrome de stress post-traumatique* représente aussi une particularité. Une étude a ainsi indiqué qu'environ 15 % des sujets répondant aux critères du JP (sur la vie entière) rapportaient aussi un syndrome de stress post-traumatique (sur la vie entière) (Kessler et al., 2008). Alors que les autres troubles anxieux préexistaient au jeu pathologique la plupart du temps, on retrouvait pour ce qui concerne le syndrome de stress post-traumatique une

chronologie inverse dans près de la moitié des cas. Dans les échantillons de joueurs pathologiques en soins, le pourcentage de sujets souffrant aussi de syndrome de stress post-traumatique est encore plus élevé, atteignant pour certains 29 % (Najavits et al., 2011).

Les troubles addictifs

Les troubles liés à l'usage de substance sont très certainement les comorbidités les plus associées au JP, comme en attestent de nombreuses études (Cunningham-Williams et al., 2005 ; Kessler et al., 2008 ; Lorains et al., 2011). Les troubles co-existent ou se succèdent. Certains auteurs ont évoqué pour décrire ce phénomène la notion de « switching addictions » (Hodgins et al., 2005). On retrouve ainsi, en population générale, une prévalence très élevée de la *dépendance au tabac* et des *troubles liés à l'usage de substances* (illicites et alcool) chez les joueurs pathologiques et problématiques. Une méta-analyse récente concluait que 60,1 % d'entre eux souffraient aussi de dépendance au tabac, 28,1 % d'un trouble lié à l'usage de l'alcool, 17,2 % d'un trouble lié à l'usage d'une substance illicite (Lorains et al., 2011). Autant les troubles thy-miques et anxieux semblent être des facteurs prédictifs de la survenue et de la persistance du JP, autant l'inverse est vérifié pour ce qui concerne les troubles addictifs : le JP est identifié comme un facteur prédictif de la dépendance aux substances. L'association entre le JP et les troubles liés à l'usage de substance est encore plus forte lorsque l'on étudie des échantillons de joueurs pathologiques en soins. Ainsi, la prévalence sur la vie entière de la dépendance à une substance, en particulier l'alcool, s'élève à 63,3 % (Kruegelbach et al., 2006). En ne considérant que les troubles actuels, la dépendance à la nicotine concerne 68,7 % des sujets et les troubles liés à l'usage de substance (hormis la nicotine) 21 % des sujets (Fuentes et al., 2006). Il existe peu de données sur les comorbidités du JP avec d'autres addictions comportementales. Les *troubles du comportement alimentaire* représentent une comorbidité du JP très rare, dont la prévalence est estimée autour de 1 % dans un échantillon clinique (Fuentes et al., 2006). En population générale, la prévalence de l'hyperphagie boulimique s'élève à 12 % chez les joueurs problématiques et pathologiques, ne permettant pas de les différencier des groupes de non joueurs et de joueurs non problématiques (Cunningham-Williams et al., 2005). Par ailleurs, il semble que jouer à certains types de *jeux vidéo* constitue un risque de développer des problèmes liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent (Delfabbro et al., 2009).

Les troubles psychotiques

L'association du jeu pathologique et des troubles psychotiques est très peu étudiée. Aucune des grandes enquêtes épidémiologiques précédemment citées n'a recherché l'existence d'antécédents de troubles psychotiques chez les joueurs pathologiques interrogés. En population clinique, quelques travaux soulignent pourtant que le JP n'est pas une éventualité si rare chez des patients souffrant

de troubles psychotiques (Aragay et al., 2011). Une autre étude, portant spécifiquement sur un échantillon de patients souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs, indiquait que la prévalence cumulée du jeu problématique et du JP actuels s'élevait à 19 % (Desai et Potenza, 2009).

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité

Si les liens entre trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) et troubles liés à l'usage de substance sont bien documentés, les travaux étudiant la comorbidité entre TDA/H et JP sont rares. À notre connaissance, une seule enquête épidémiologique a cherché à identifier le taux de prévalence du TDA/H chez les joueurs problématiques et pathologiques, qui s'élevait à 13,4 % (Kessler et al., 2008).

Les enquêtes épidémiologiques menées en population générale d'enfants et adolescents laissent pourtant penser que le TDA/H pourrait jouer un rôle dans la survenue du jeu pathologique (Derevensky et al., 2007; Faregh et Derevensky, 2011). Une étude longitudinale, menée auprès d'enfants devenus adolescents puis jeunes adultes, indiquaient que les adultes chez lesquels persistait un TDA/H avaient significativement plus de problèmes de jeu que ceux qui n'avaient jamais souffert de TDA/H ou chez lesquels le TDA/H s'était résolu (Breyer et al., 2009). Lorsque l'on s'intéresse aux études portant sur des échantillons cliniques, les travaux sont tout aussi rares (Carlton et al., 1987; Rugle et Melamed, 1993; Specker et al., 1995; Rodriguez-Jimenez et al., 2006). Récemment, une étude menée sur un échantillon de 84 joueurs pathologiques et à risque débutant des soins a recherché chez eux la présence d'un TDA/H. Le trouble était dépisté chez plus d'un quart de patients. Cette comorbidité était associée à des caractéristiques cliniques particulières, qui pourraient péjorer la situation (Grall-Bronnec et al., 2011).

Les troubles de la personnalité

En population générale, la prévalence des troubles de la personnalité chez les joueurs pathologiques peut s'élever jusqu'à plus de 60 % (Pettry et al., 2005). Une méta-analyse concluait que la prévalence du *trouble de la personnalité antisociale* chez les joueurs problématiques et pathologiques était de 28,8 % (Lorains et al., 2011), en faisant l'un des troubles de la personnalité le plus décrit chez le joueur pathologique. Dans les échantillons de joueurs pathologiques en soins, le trouble de la personnalité antisociale concerne 14,5 % des sujets, alors que les autres troubles de la personnalité dans leur globalité, sont retrouvés chez 27,5 % des sujets (Ibanez et al., 2001). Les résultats d'une autre étude contredisent ceux de la précédente : parmi les joueurs pathologiques, près d'un tiers présentaient les critères diagnostiques d'au moins un trouble de la personnalité (pour seulement 8 % des sujets contrôles). Il s'agissait en premier lieu du *trouble de la personnalité borderline* (16 %). Le trouble de la personnalité antisociale n'était retrouvé « que » chez 8 % des joueurs pathologiques (Fernandez-Montalvo et Echeburua,

2004). Deux ans plus tard, les mêmes auteurs, avec les mêmes sujets, publiaient des résultats différents (Fernandez-Montalvo et Echeburua, 2006). Si le nombre de joueurs pathologiques souffrant d'au moins un trouble de la personnalité était sensiblement le même, le *trouble de la personnalité narcissique* était le plus représenté (32 %) et le taux de *trouble de la personnalité antisociale* s'élevait à 16 %. Ces différences s'expliquaient par le choix de l'instrument d'évaluation. Ces résultats pour le moins contradictoires témoignent des limites du concept de troubles de la personnalité, actuellement remis en cause par de nombreux cliniciens. Quoi qu'il en soit, les troubles de la personnalité les plus fréquemment retrouvés chez les joueurs pathologiques, issus de la population générale ou recrutés dans des lieux de soins, appartiennent le plus souvent au cluster B, c'est à dire ceux définis par un niveau d'impulsivité le plus souvent élevé (Steel et Blaszczynski, 1998; Saez-Abad et Bertolin-Guillen, 2008).

Références

- Aragay, N., Roca, A., Garcia, B., Garcia, B., Marqueta, C., Guijarro, S., et al., 2011. Pathological gambling in a psychiatric sample. *Compr. Psychiatry* 53, 9–14.
- Breyer, J.L., Botzet, A.M., et al., 2009. Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *J. Gambl. Stud.* 25, 227–238.
- Carlton, P.L., Manowitz, P., et al., 1987. Attention deficit disorder and pathological gambling. *J. Clin. Psychiatry* 48, 487–488.
- Cunningham-Williams, R.M., Gruzza, R.A., et al., 2005. Prevalence and predictors of pathological gambling : results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study. *J. Psychiatr. Res.* 39, 377–390.
- Delfabbro, P., King, D., et al., 2009. Is video-game playing a risk factor for pathological gambling in Australian adolescents? *J. Gambl. Stud.* 25, 391–405.
- Dell'Osso, B., Allen, A., et al., 2005. Comorbidity issues in the pharmacological treatment of Pathological Gambling : a critical review. *Clinical Practice of Epidemiology and Mental Health* 1, 21.
- Derevensky, J.L., Pratt, L.M., et al., 2007. Gambling problems and features of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among children and adolescents. *Journal of Addictive Medicine* 1, 165–172.
- Desai, R.A., Potenza, M.N., 2009. A cross-sectional study of problem and pathological gambling in patients with schizophrenia/schizoaffective disorder. *J. Clin. Psychiatry* 70, 1250–1257.
- Faregh, N., Derevensky, J., 2011. Gambling behavior among adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *J. Gambl. Stud.* 27, 243–256.
- Fernandez-Montalvo, J., Echeburua, E., 2004. Pathological gambling and personality disorders : an exploratory study with the IPDE. *J. Personal. Disord.* 18, 500–505.
- Fernandez-Montalvo, J., Echeburua, E., 2006. Pathological gambling and personality disorders : a pilot-study with the MCMI-II. *Psicothema* 18, 453–458.
- Fuentes, D., Tavares, H., et al., 2006. Self-reported and neuropsychological measures of impulsivity in pathological gambling. *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 12, 907–912.
- Grall-Bronnec, M., Wainstein, W., et al., 2011. Attention deficit Hyperactivity Disorder among pathological and at-risk gamblers seeking treatment : a hidden disorder. *Eur. Addict. Res.* 17, 231–240.
- Hodgins, D.C., Peden, N., et al., 2005. The association between comorbidity and outcome in pathological gambling : a prospective follow-up of recent quitters. *J. Gambl. Stud.* 21, 255–271.

- Hollander, E., 1993. Obsessive-Compulsive Related Disorders. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Ibanez, A., Blanco, C., et al., 2001. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am. J. Psychiatry* 158, 1733–1735.
- Kausch, O., 2003. Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *J. Clin. Psychiatry* 64, 1031–1038.
- Kessler, R.C., Hwang, I., et al., 2008. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol. Med.* 38, 1351–1360.
- Kim, S.W., Grant, J.E., et al., 2006. Pathological gambling and mood disorders : clinical associations and treatment implications. *J. Affect. Disord.* 92, 109–116.
- Kruegelbach, N., Walker, H.I., et al., 2006. Comorbidity on disorders with loss of impulse-control : pathological gambling, addictions and personality disorders. *Actas Esp. Psiquiatr.* 34, 76–82.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., et al., 2006. Pathological gamblers : inpatients' versus outpatients' characteristics. *J. Gambl. Stud.* 22, 443–450.
- Lorains, F.K., Cowlishaw, S., et al., 2011. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling : systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 106, 490–498.
- Najavits, L.M., Meyer, T., Johnson, K.M., Korn, D., 2011. Pathological Gambling and Post-traumatic Stress Disorder : A Study of the Co-Morbidity versus Each Alone. *J. Gambl. Stud.* 27, 663–683.
- Petry, N.M., Kiluk, B.D., 2002. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *J. Nerv. Ment. Dis.* 190, 462–469.
- Petry, N.M., Stinson, F.S., et al., 2005. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry* 66, 564–574.
- Rodriguez-Jimenez, R., Avila, C., et al., 2006. Impulsivity and sustained attention in pathological gamblers : influence of childhood ADHD history. *J. Gambl. Stud.* 22, 451–461.
- Rugle, L., Melamed, L., 1993. Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *J. Nerv. Ment. Dis.* 181, 107–112.
- Saez-Abad, C., Bertolin-Guillen, J.M., 2008. Personality traits and disorders in pathological gamblers versus normal controls. *Journal of Addictive Disorders* 27, 33–40.
- Specker, S.M., Carlson, G.A., et al., 1995. Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Ann. Clin. Psychiatry* 7, 175–179.
- Steel, Z., Blaszczynski, A., 1998. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction* 93, 895–905.

CHAPITRE 15

Les distorsions cognitives

F. Devynck, I. Giroux, C. Jacques

Les chercheurs dans le domaine des jeux de hasard et d'argent (JHA) ont établi le rôle des distorsions cognitives dans l'augmentation de la fréquence de jeu et des sommes monétaires pariées, et ainsi dans l'apparition, le développement et le maintien des problèmes de jeu (Ladouceur et al., 2000). Les distorsions cognitives ont été définies par Beck (1963) comme « un contenu de pensée idiosyncrasique reflétant des conceptualisations irréalistes ou déformées ». En effet, lorsqu'il est plongé dans le jeu, le joueur interprète les résultats de façon biaisée et se persuade qu'à force de persévérance, ses stratégies s'avèreront gagnantes et qu'il sera à même de faire un gain monétaire important. Ces erreurs de pensées l'amènent, à tort, à tenter de prédire la survenue de gains. En entretenant ce type de croyances, le joueur fait totalement fi du hasard sur lequel repose l'issue du jeu. Or, le hasard se caractérise essentiellement par le fait qu'il échappe aux prédictions et à toute forme de contrôle; le hasard est imprévisible! Les distorsions cognitives entretenues par le joueur ont été identifiées grâce, entre autres, à des études portant sur les « verbalisations à voix haute des pensées » de joueurs pendant une session de JHA. Cette méthode a révélé que 70 % des verbalisations des joueurs en cours de jeu étaient erronées, c'est-à-dire que les joueurs ignoraient, voire niaient, l'importance du hasard comme déterminant l'issue du jeu (Gaboury et Ladouceur, 1989). Par ailleurs, bien que tous les joueurs soient sujets à des croyances erronées en situation de jeu, la pathologie serait associée à un plus grand nombre de pensées erronées (Joukhador et al., 2004; Joukhador et al., 2003) et à une plus grande conviction en celles-ci (Ladouceur, 2004).

Les principales distorsions cognitives impliquées dans le jeu sont liées à la méconnaissance du principe *d'indépendance des tours*, c'est-à-dire, qu'aux JHA, chaque partie est unique en soi et n'est aucunement liée à la précédente,

ni à la suivante (Ladouceur et al., 2000). L'indépendance des tours implique que l'issue du jeu se détermine au hasard. Il est inutile de s'attarder à connaître les résultats des parties précédentes ou la dernière fois qu'une machine à sous a attribué le gros lot, puisque ces informations n'aideront en aucun cas le joueur à remporter la partie en cours. Pourtant, les études ont révélé que la plupart des individus ne tenaient pas compte de ce principe. Prenons le jeu de pile ou face, par exemple, jeu dont l'issue repose entièrement sur le hasard et pour lequel la connaissance des résultats précédents n'aide en rien à prédire les résultats futurs. À chaque partie, les côtés « pile » et « face » ont autant de chance l'un que l'autre de sortir. Or, une étude dans laquelle les expérimentateurs demandaient aux participants de générer une suite aléatoire de piles et de faces, a révélé que tous les participants vérifiaient les réponses qu'ils avaient émises antérieurement, alors que cette vérification est inutile (Ladouceur et Dubé, 1997). La mauvaise compréhension du principe d'indépendance des tours a également été remarquée dans d'autres types de jeux, tels que la loterie, la roulette et les appareils de loterie vidéo (Giroux et Ladouceur, 2006 ; Giroux et al., 2000 ; Ladouceur et al., 1995).

C'est d'ailleurs cette mauvaise compréhension de l'indépendance des tours qui conduit les joueurs à développer des *illusions de contrôle*, soit la croyance qu'à force de jouer, ils acquièrent de l'expérience et des habiletés qui leur permettront d'augmenter leurs chances de gagner. Cette notion a été introduite par Langer (1975), qui postulait que les joueurs avaient une illusion de contrôle sur le jeu, soit « une espérance de succès personnel inappropriée et bien supérieure à la probabilité objective envisageable ». Les joueurs pensent ainsi pouvoir déjouer le hasard et agir sur l'issue du jeu afin de gagner le gros lot, surestimant alors leurs probabilités réelles de gagner. L'implication du joueur est l'un des facteurs qui accentue cette illusion de contrôle. En augmentant son implication dans le jeu, l'individu renforce sa certitude d'en contrôler l'issue. C'est ce que Ladouceur et ses collaborateurs (1987) ont observé lorsqu'ils ont souhaité échanger le billet de loterie acheté par des consommateurs, contre un autre billet de loterie. Les joueurs qui avaient choisi leurs propres numéros de loterie réclamaient plusieurs autres billets de loterie en échange du leur, voire refusaient catégoriquement d'échanger leur billet. Ainsi, bien que le résultat du tirage de la loterie dépende entièrement du hasard, le fait d'avoir activement participé à la sélection des numéros donne au joueur l'impression qu'il possède un certain pouvoir sur le résultat du jeu. De la même manière, au jeu de la roulette, le joueur misera davantage s'il lance la boule lui-même que si le croupier exécute cette tâche (Ladouceur et Mayrand, 1986). Au-delà de l'implication du joueur, Langer (1975) a identifié plusieurs autres facteurs influençant l'illusion de contrôle, dont la compétition, la familiarité avec la tâche ainsi que l'implication et la séquence de résultats précédents (Langer, 1975 ; Langer et Roth, 1975). Lesdites illusions de contrôle sur le jeu amènent en effet les joueurs à mettre au point des stratégies personnelles et à développer des comportements superstitieux dans le but d'augmenter leurs chances de gagner.

Qu'elles se présentent sous forme de pensées magiques ou sacrées, ou encore de comportements ritualisés, les distorsions cognitives peuvent aussi prendre la

forme de superstitions (Ladouceur et al., 2000). Issues de coïncidences ayant donné lieu à un gain par le passé, ces comportements superstitieux se caractérisent par des associations illusoire. Par exemple, beaucoup de joueurs de bingo possèdent des cailloux, pièces de monnaie, figurines ou photos qu'ils gardent sur eux ou touchent au cours de la session de jeu, persuadés que ces porte-bonheurs augmenteront leurs chances de gagner (Chapple et Nofziger, 2000).

De plus, la recherche sur les distorsions cognitives a révélé que les joueurs excessifs entretenaient continuellement l'espoir de se refaire. Ils ne tiennent pas compte des probabilités réelles de gagner et gardent perpétuellement à l'esprit que l'issue du jeu pourrait leur être favorable et leur permettre de récupérer l'argent jusqu'alors perdu. Principale source de motivation des joueurs excessifs, l'espoir de se refaire les entraîne dans la spirale du jeu excessif (Ladouceur et al., 2000). Par ailleurs, cet espoir illusoire de se refaire illustre la méconnaissance ou l'incompréhension du principe d'*espérance de gain négative*. En effet, à long terme, le joueur sera nécessairement perdant, puisque les exploitants des JHA redistribuent moins d'argent qu'ils n'en récoltent, dans le but évident de faire des bénéfices. Il est donc mathématiquement impossible qu'un joueur régulier regagne l'argent perdu au jeu. Le taux de retour aux joueurs, toujours inférieur à 100 %, implique qu'à long terme, le joueur sera forcément perdant.

Enfin, un mot sur les « *near misses* » ou « *near wins* », traduits par « perdu de peu » ou « quasi gains ». Ils sont décrits par exemple lorsqu'un joueur a misé sur le 20 et que le 21 sort ou quand s'affichent sur l'écran de la machine à sous deux cerises au lieu des trois requises pour obtenir un gain. Le joueur est convaincu qu'il a presque gagné (alors que la solution est binaire : on gagne ou on perd) et que cette situation annonce un prochain gain, ce qui l'incite à continuer de jouer. Une étude d'imagerie fonctionnelle a indiqué qu'en comparaison à des pertes évidentes, les « quasi-gains » étaient ressentis comme moins plaisants, mais augmentaient paradoxalement le désir de jouer, à condition que le joueur ait un contrôle direct sur sa façon de jouer (Clark, Lawrence et al., 2009). Ainsi, les joueurs vont préférer jouer sur un appareil présentant des « quasi gains » que des pertes évidentes (Giroux et Ladouceur, 2006) et l'obtention de « quasi gains » est associée à une plus grande persistance au jeu (Côté et al., 2003).

Abondamment argumentée dans la littérature scientifique et éprouvée par les intervenants sur le terrain, la conception des distorsions cognitives comme facteur de risque de développer une dépendance au jeu est largement admise par la communauté scientifique. Les distorsions cognitives sont depuis plusieurs années, et encore aujourd'hui, au centre des programmes de prévention et de traitement des problèmes de jeu. En effet, la restructuration cognitive des pensées erronées semble constituer la principale voie de modification des habitudes de jeu (par exemple, Ladouceur et al., 1998b; Sylvain et al., 1997).

Néanmoins, il est important de souligner que ces travaux majeurs ont été menés alors que les jeux les plus problématiques étaient les machines à sous et les appareils de loterie vidéo, soit des jeux dont l'issue est entièrement déterminée par le hasard, et pour lesquels le développement d'habiletés est impossible.

Or, avec l'explosion du poker sur table et en ligne, jeux dont la réussite implique à la fois une part de chance et une part d'habiletés, l'impossibilité de contrôler le résultat du jeu ne peut plus être considérée de la même manière. Ainsi, comme l'a précisé [Delfabbro \(2004\)](#), toutes les activités de JHA n'impliquent pas la même part d'habileté, tout dépendant de la manière dont cette notion est définie. Par exemple, dans certains jeux tels que le blackjack, le poker et les paris sportifs, les compétences peuvent réellement augmenter les chances de gagner si elles sont considérées comme des connaissances sur la manière de jouer. Delfabbro citait notamment la capacité de lire des tableaux de résultats pour améliorer les paris sportifs. Dans ce cas, les compétences des joueurs n'ont aucune incidence sur le résultat du jeu, mais peuvent leur permettre d'améliorer leurs connaissances sur l'état actuel du jeu, et ainsi les aider à orienter leur décision sur le choix de l'équipe sur laquelle miser.

[Cantinotti et al. \(2004\)](#) ont souligné que des paris sportifs réalisés par des experts en hockey étaient significativement plus précis que les paris réalisés sur la base du hasard. Toutefois, les montants des gains remportés par les experts ne différaient pas de ceux remportés grâce aux paris faits au hasard. [Ladouceur et al., 1998a](#) ont obtenu des résultats similaires avec les experts aux courses de chevaux. De plus, la stratégie la plus utilisée par les experts en hockey pour miser consistait à se fier aux résultats antérieurs des équipes. Par exemple, les participants étaient, pour la plupart, persuadés qu'après une série de faibles performances, une équipe était assurée de remporter la victoire. Cependant, cette information ne suffit pas pour miser adéquatement lors de la prochaine partie. Enfin, [Myrseth et al. \(2010\)](#) révélaient que la préférence des joueurs pour les jeux d'adresse était associée à une plus grande illusion de contrôle par rapport aux joueurs qui préféraient les jeux de hasard. Par ailleurs, les joueurs pathologiques rapportaient plus de distorsions cognitives que les joueurs non pathologiques et cette différence était plus marquée dans le groupe de joueurs préférant les JHA que dans celui des joueurs préférant les JHA avec une part d'adresse. Il s'agit là d'une des premières études ayant mis en lumière des différences au niveau des distorsions cognitives chez les joueurs s'adonnant aux JHA et parmi ceux préférant les JHA avec une part d'adresse.

En conclusion, les nombreux travaux menés dans le domaine des JHA au cours des trente dernières années ont permis d'identifier les distorsions cognitives comme étant un facteur de risque majeur pour le développement et le maintien de problèmes de jeu. Les erreurs de pensée occupent depuis plusieurs années, et avec raison, une place centrale dans la prévention et le traitement du jeu. Toutefois, la popularité croissante de JHA dont l'issue repose à la fois sur le hasard et sur les connaissances du joueur, tels que le poker et les paris sportifs, pousse les chercheurs à redéfinir la notion d'erreurs de pensée. La première étude visant à distinguer les distorsions cognitives entretenues par les joueurs s'adonnant aux JHA de celles des joueurs préférant les JHA avec une part d'adresse est récente ([Myrseth et al., 2010](#)). Cet axe de recherche émergeant dans le domaine du jeu pathologique mérite d'être exploré. Il est nécessaire d'examiner ce qui distingue, entre autres, les joueurs de poker et de paris

sportifs des autres joueurs, afin que le traitement qui leur est offert soit aussi efficace que celui s'adressant aux joueurs de machines à sous et d'appareils de loterie vidéo.

Références

- Beck, A.T., 1963. Thinking and depression : Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch. Gen. Psychiatry* 9, 324–333.
- Cantinotti, M., Ladouceur, R., Jacques, C., 2004. Sports Betting : Can Gamblers Beat Randomness? *Psychology of Addictive Behaviors* 18, 143–147.
- Chapple, C., Nofziger, S., 2000. Bingo ! : Hints of deviance in the accounts of sociability and profit of bingo players. *Deviant Behavior* 21, 489–517.
- Clark, L., Lawrence, A.J., Astley-Jones, F., Gray, N., 2009. Gambling near-misses enhance motivation to gamble and recruit win-related brain circuitry. *Neuron* 61, 481–490.
- Côté, D., Caron, A., Aubert, J., Desrochers, V., Ladouceur, R., 2003. Near wins prolong gambling on a video lottery terminal. *J. Gambl. Stud.* 19, 433–438.
- Delfabbro, P., 2004. The Stubborn Logic of Regular Gamblers : Obstacles and Dilemmas in Cognitive Gambling Research. *J. Gambl. Stud.* 20, 1–21.
- Gaboury, A., Ladouceur, R., 1989. Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality* 4, 411–420.
- Giroux, I., Ladouceur, R., 2006. The Effect of Near Wins on the Choice of a Video Lottery Terminal. *Gambling Research : Journal of the National Association for Gambling Studies (Australia)* 18, 69–75.
- Giroux, I., Ladouceur, R., Nouwen, A., Jacques, C., 2000. Modification des Perceptions Erronées Relativement aux Jeux de Hasard et d'Argent. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 10, 53–62.
- Joukhador, J., Blaszczynski, A., MacCallum, F., 2004. Superstitious Beliefs in Gambling Among Problem and Non-Problem Gamblers : Preliminary Data. *J. Gambl. Stud.* 20, 171–180.
- Joukhador, J., MacCallum, F., Blaszczynski, A., 2003. Differences in cognitive distortions between problem and social gamblers. *Psychol. Rep.* 92, 1203–1214.
- Ladouceur, R., 2004. Perceptions among pathological and nonpathological gamblers. *Addic. Behav.* 29, 555–565.
- Ladouceur, R., Dubé, D., 1997. Erroneous perception in generating random sequences : identification and strength of a basic misconception in gambling behavior, Swiss. *Journal of Psychology* 56, 256–259.
- Ladouceur, R., Dubé, D., Giroux, I., Legendre, N., Gaudet, C., 1995. Cognitive Biases in Gambling : American roulette and 6/49 lottery. *Journal of Social Behavior and Personality* 10, 473–479.
- Ladouceur, R., Giroux, I., Jacques, C., 1998a. Winning on the horses : How much strategies and knowledge is needed? *J. Psychol.* 132, 133–142.
- Ladouceur, R., Mayrand, M., 1986. The level of involvement and the timing of betting in roulette. *J. Psychol.* 121, 169–176.
- Ladouceur, R., Mayrand, M., Gaboury, A., St-Onge, M., 1987. Comportements des acheteurs de billets de loteries passives et pseudo-actives : études comparatives. *Revue canadienne des sciences du comportement* 19, 266–274.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C., 2000. Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling. Les Éditions de l'Homme, Québec.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I., Jacques, C., 1998b. Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behav. Res. Ther.* 36, 1111–1119.
- Langer, E.J., 1975. The illusion of control. *J. Pers. Soc. Psychol.* 32, 311–328.
- Langer, E., Roth, J., 1975. Heads I win, tails it's chance : the illusion of control as a function of the sequence of outcomes in a purely chance task. *J. Pers. Soc. Psychol.* 32, 951–955.

- Myrseth, H., Brunborg, G.S., Eidem, M., 2010. Differences in cognitive distortions between pathological and non-pathological gamblers with preferences for chance or skill games. *J. Gambl. Stud.* 26, 561–569.
- Sylvain, C., Ladouceur, R., Boisvert, J.M., 1997. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling : a controlled study. *J. Consult. Clin. Psychol.* 65, 727–732.

CHAPITRE 16

Caractéristiques structurelles des jeux de hasard et d'argent

C. Bonnaire, D. Magalon

Lorsque l'on s'intéresse aux facteurs de risque inhérents aux jeux de hasard et d'argent (JHA), autrement dit les caractéristiques pouvant motiver les individus à jouer, on distingue les caractéristiques situationnelles et structurelles (Griffiths, 2003). Les caractéristiques situationnelles favorisent l'initiation des conduites de jeu. Il s'agit essentiellement de caractéristiques environnementales, l'utilisation de la publicité ou encore la présence de micro-caractéristiques comme l'existence d'un distributeur d'argent à proximité d'un lieu de jeu ou la possibilité de consommer du tabac, de l'alcool ou d'autres toxiques en jouant. Les caractéristiques structurelles sont responsables du maintien des conduites de jeu, et parmi elles, certaines jouent un rôle particulièrement important dans le développement des problèmes de jeu. C'est notamment le cas de la fréquence de l'événement, de l'intervalle de paiement, de l'illusion du contrôle et des « presque gains ».

Fréquence de l'événement et intervalle de paiement

La fréquence de l'événement se définit par le nombre d'opportunités de jouer dans une période de temps donnée. On distingue alors les JHA dans lesquels la fréquence des événements est très élevée (que l'on appelle les jeux continus), par exemple les machines à sous ou le Rapido, des JHA dans lesquels celle-ci sera peu élevée (que l'on nomme les jeux à cycles de pari lents), par exemple le Loto ou l'Euromillion. Dans les jeux à cycles de pari lents, il existe un intervalle important entre le moment où le joueur mise, le moment où il voit les résultats et le moment il encaisse ses gains. Dans le cas des paris hippiques, si les paris

sont réalisés sur un hippodrome, le jeu aura plutôt tendance à être classé dans les cycles à pari lents (c'est-à-dire à faible fréquence), alors que s'ils sont réalisés dans un point course, le jeu aura plutôt tendance à être classé dans les jeux continus (c'est-à-dire à fréquence élevée).

Il est aujourd'hui admis que la durée entre chaque événement de jeu est un facteur important dans le développement de problèmes avec certains types de jeu. Ainsi, les activités de jeu qui offrent des résultats toutes les secondes ou minutes causent plus de problèmes que les activités dont les résultats sont plus éloignés dans le temps. Cela sous-tend l'idée que certaines formes de jeu ont un potentiel addictif plus fort que d'autres.

En effet, la fréquence de jeu, quand elle est liée au résultat du jeu (gain ou perte) et à la latence de paiement, sera déterminée par certains principes psychologiques de l'apprentissage, notamment le conditionnement opérant (Skinner, 1953). Cette rapidité dans la fréquence des événements signifie aussi que le joueur peut remiser immédiatement, sans avoir le temps de penser à ses pertes. Certaines études montrent que lorsque le résultat du jeu est quasi-immédiat (2 secondes après la mise), le joueur joue beaucoup plus que lorsque celui-ci est différé dans le temps (10 secondes) (Chòliz, 2010b).

Ainsi, la fréquence des opportunités de jouer (c'est-à-dire la fréquence de l'événement, ce qui renvoie à la rapidité du résultat et à la rapidité de rejouer) est un facteur majeur contribuant au développement des problèmes de jeu (Griffiths et Wood, 2001). Les addictions concernent d'ailleurs essentiellement la récompense et la rapidité de la récompense (cf. l'immédiateté) (Griffiths, 2003). Plus le potentiel de récompense est important, plus l'activité peut être addictive.

L'immédiateté de la récompense est maximale dans les machines à sous. Elle contribue au maintien dans le jeu, mais aussi à la fréquence de jeu (Chòliz, 2010a). De plus, le taux de retour des machines à sous est généralement très élevé (au minimum 85 %, et pouvant aller jusqu'à plus de 92 % lorsque le joueur mise 3 pièces), générant une récompense intermittente (Harrigan, 2007). Il ne s'agit pas nécessairement de gros, mais de petits gains, qui entretiennent la croyance du joueur et renforcent sa motivation au jeu. Or, le renforcement positif intermittent est plus puissant et maintient plus efficacement un comportement que le renforcement systématique (Skinner, 1953). Le Rapido possède également un potentiel addictif très fort dû à la rapidité du résultat (tirage toutes les deux minutes et demi) et donc de la récompense (Bonnaire et al., 2004), ce que confirme l'étude menée récemment par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (Costes et al., 2011).

Néanmoins, on ne peut pas définir le niveau de fréquence à partir duquel un individu deviendrait dépendant, car les addictions sont toujours le fruit de plusieurs facteurs combinés, parmi lesquels la fréquence n'est qu'une donnée de l'ensemble de l'équation.

Cela ne signifie pas non plus que les formes de jeux à cycles de pari lents ne sont pas addictifs, mais que leur potentiel addictif est moins important. Par exemple, certaines données de la littérature montrent que le potentiel addictif des jeux de grattage est généralement considéré comme modéré (DeFuentes-Merillas et al., 2003; Bonnaire et al., 2004).

Capacité à faire des choix : l'illusion de contrôle

Certains JHA possèdent des caractéristiques structurelles qui favorisent la survenue de cognitions erronées, c'est-à-dire des pensées qui ignorent, voire nient que le hasard détermine l'issue du jeu. Ces perceptions erronées en lien avec la notion de hasard sont une composante incontournable dans le développement et le maintien des habitudes de jeu excessif (Giroux et al., 2000; Chòliz, 2010a). C'est particulièrement le cas des jeux dans lesquels le sujet est actif. Ils suscitent en effet ce que Langer (1975) a appelé l'illusion de contrôle, c'est-à-dire la surestimation de la probabilité d'un succès personnel par rapport à la probabilité réelle ou objective de l'événement favorable. C'est la croyance selon laquelle le sujet pourrait contrôler les résultats du jeu par l'intermédiaire de compétences, de capacités ou de connaissances personnelles. Afin de comprendre ce concept, il est important de revenir sur la définition des JHA. Dans leur appellation française, on trouve un continuum allant des jeux de hasard pur aux jeux d'adresse. Sont mis sur le même plan des jeux dans lesquels le sujet est passif et n'a aucune implication (exemple : les jeux de grattage), et des jeux dans lesquels le sujet est plus actif avec une implication moyenne, comme les courses de chevaux, ou plus importante comme les jeux de cartes (Bonnaire, 2009). Le hasard est une composante présente dans tous ces types de jeu. Ce qui varie, c'est l'habileté (ou plutôt l'illusion d'habileté) que l'on peut développer dans certains de ces jeux. Certains jeux laissent croire au joueur qu'il lui est possible d'exercer une influence sur le jeu (Ladouceur et al., 2000). Or, il s'agit plutôt ici d'une façon de masquer, d'oublier que c'est le hasard qui détermine l'issue du jeu. Ainsi, les jeux dits « passifs » produisent moins de comportement de jeu que les jeux dits « actifs » (Chòliz, 2010a; Bonnaire et al., 2009). La capacité à faire des choix, la familiarité avec la tâche, la participation active et passive du joueur, la possibilité de mettre en place des stratégies ou de ruser suscitent une perception illusoire ou excessive de contrôle de l'issue du jeu.

Presque gain (*near miss*)

Le « presque gain » consiste en l'occurrence d'un échec qui est « proche » d'un succès. L'exemple le plus simple du « presque gain » est d'avoir 2 cerises sur 3 sur une machine à sous. L'effet psychologique qu'il suscite constitue un facteur important dans l'explication du jeu excessif, car il contribue fortement à la persistance du comportement de jeu (Griffiths, 1991; Parke et Griffiths, 2006). Une fois encore, les caractéristiques structurelles des machines à sous favorisent l'apparition de ce biais cognitif (Kassinove et Schare, 2001). Elles sont même programmées pour donner l'impression que le « presque gain » existe (Harrigan, 2008). La plupart des études ayant étudié le lien entre « presque gain » et durée d'une phase de jeu se basent sur les machines à sous, et ont été réalisées chez les joueurs non pathologiques. La relation entre fréquence d'apparition des « presque gains » et durée d'une phase de jeu n'est pas linéaire. La durée de la phase de jeu est maximale, en condition expérimentale, pour une

fréquence de « presque gain » de 30 %, et décroît pour des fréquences de 15 et 45 %. En d'autres termes, l'effet du « presque gain » sur la durée des phases de jeu diminue en cas de sur- ou de sous-représentation de ce dernier (Kassinove et Schare, 2001).

Des données d'IRM fonctionnelles montrent que la réponse cérébrale des joueurs pathologiques au « presque gain », comparée à celle des joueurs non pathologiques, se superpose à celle du gain, alors que la réponse cérébrale des joueurs non pathologiques au « presque gain », comparée à celle des joueurs pathologiques, se superpose à celle des pertes. Les auteurs en concluent que le « presque gain » aux machines à sous pourrait avoir à la fois des propriétés fonctionnelles et neurologiques de gain (Habib et Dixon, 2010). Ce phénomène a aussi été étudié pour les paris hippiques (Reid, 1986). Le « presque gain » se manifeste essentiellement lorsque les chevaux sont très proches les uns des autres à l'arrivée. Les joueurs interprètent alors le « presque gain » comme une preuve de leur expertise, et cette erreur cognitive est à rapprocher de l'illusion du contrôle. Une des conséquences du « presque gain » est que le joueur se met alors à penser qu'il est constamment en train de « presque gagner » alors qu'il est réellement et constamment en train de perdre (Griffiths, 1991).

Les stimuli visuels et sonores

Les stimuli visuels et sonores participant à la structure des machines électroniques sont particulièrement importants. En plus de créer une ambiance particulière, associée à l'idée de plaisir et d'excitation, ils ont aussi pour objectif d'induire, selon des modalités quasi-hypnotiques, des distorsions cognitives et de convaincre les joueurs que les gains sont plus fréquents que les pertes. Le but ultime est que les joueurs dépensent le plus d'argent possible sur place. Les lumières rouge, par exemple, semblent à cet égard plus efficaces que les lumières bleues (Dowling et al., 2005).

Références

- Bonnaire, C., 2009. L'addiction aux jeux d'argent : casino, champs de courses et jeux de grattage. In : Varescon, I. (Ed.), *Les addictions comportementales : aspects cliniques et psychopathologiques*. Mardaga, Paris, pp. 49–106.
- Bonnaire, C., Bungener, C., Varescon, I., 2009. Subtypes of French pathological gamblers : comparison of sensation seeking, alexithymia and depression scores. *J. Gambl. Stud.* 28, 455–471.
- Bonnaire, C., Lejoyeux, M., Dardennes, R., 2004. Sensation seeking in a French population of pathological gamblers : comparison with regular and non gamblers. *Psychological Rep.* 94, 1361–1371.
- Chòliz, M., 2010a. Experimental analysis of the game in pathological gamblers Effect of the immediacy of the reward in slot machine. *J. Gambl. Stud.* 26, 249–256.
- Chòliz, M., 2010b. Cognitive biases and decision making in gambling. *Psychol. Rep.* 107, 15–24.
- Costes, J.M., Pousset, M., Eroukmanoff, V., Le Nezet, O., Richard, J.B., Guignard, R., et al., 2011. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *Tendances* 77, 1–9.

- DeFuentes-Merillas, L., Koeter, M.W.J., Bethlehem, J., Schippers, G.N., VanDenBrink, W., 2003. Are scratchcards addictive ? The prevalence of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard buyers in the Netherlands. *Addiction* 98, 725–731.
- Dowling, N., Smith, D., Thomas, T., 2005. Electronic gaming machines : are they the crack-cocaine of gambling? *Addiction* 100, 33–45.
- Giroux, I., Ladouceur, R., Nouwen, A., Jacques, C., 2000. Modification des perceptions erronées relativement aux jeux de hasard et d'argent. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 10, 53–62.
- Griffiths, M.D., 1991. Psychobiology of the near-miss in fruit machine gambling. *Journal of the Psychology : Interdisciplinary and Applied* 125, 347–357.
- Griffiths, M.D., 2003. Internet gambling : issues, concerns, and recommendations. *CyberPsychology Behav.* 6, 557–568.
- Griffiths, M.D., Wood, R.T.A., 2001. The psychology of lottery gambling. *International Gambling Studies* 1, 27–44.
- Habib, R., Dixon, M.R., 2010. Neurobehavioral evidence for the near miss effect in pathological gamblers. *J. Exp. Anal. Behav.* 93, 313–328.
- Harrigan, K.A., 2007. Slot machine structural characteristics : distorted player views of pay-back percentages. *Journal of Gambling Issues* 20, 215–234.
- Harrigan, K.A., 2008. Slot machine structural characteristics : creating near misses using high award symbol ratio. *International Journal of Mental Health and Addiction* 6, 353–368.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C., 2000. *Le jeu excessif*. Les Editions de L'Homme, Paris.
- Kassinove, J.I., Schare, M.L., 2001. Effects of the near miss and the big win on persistence at slot machine gambling. *Psychol. Addict. Behav.* 15, 155–158.
- Langer, E.J., 1975. The illusion of control. *J. Pers. Soc. Psychol.* 32, 311–328.
- Parke, J., Griffiths, M., 2006. The psychology of the fruit machine : the role of structural characteristics (Revisited). *International Journal of Mental Health and Addiction* 4, 151–179.
- Reid, R., 1986. The psychology of the near miss. *Journal of Gambling Behavior* 2, 32–39.
- Skinner, B.F., 1953. *Science and human behaviour*. Macmillan, New York.

CHAPITRE 17

Le poker : spécificités et facteurs de risque

C. Boutin, S. Barrault

Le poker est un jeu de cartes compétitif de hasard et d'adresse ([Khazaal et al., 2011](#)). Il fut inventé aux États-Unis à la fin des années 1820 ([Depaulis, 2008](#)). La variante la plus connue et pratiquée de ce jeu est le *Texas Hold'em*. Selon le site spécialisé *Poker Players Research* (2011), le nombre de joueurs de poker en ligne dans le monde augmente sans cesse pour passer de 17,8 millions en 2006 à 22,2 millions en 2010. Shead et ses collaborateurs (2008) soutiennent que la principale raison de l'engouement pour le poker est la composante réelle d'habiletés qu'implique ce jeu. Le joueur de poker ne joue pas contre la « Maison », il affronte d'autres joueurs, conservant un espoir réel de profit potentiel à long terme ([Boutin, 2010](#); [Schwartz, 2006](#); [Bjerg, 2010](#)). Au poker, la part du résultat laissée au hasard varie selon la force des joueurs en présence (un écart d'adresse entre eux est possible) et le nombre de mains jouées; on parle ici de l'impact dynamique du hasard ([Boutin, 2010](#)).

Le taux de prévalence du jeu pathologique présente une grande variabilité (2 % à 18 %) selon la façon de s'adonner au poker (en ligne, en salle, tournoi, *cash games*, etc.), les populations étudiées, et les outils diagnostiques retenus ([Ladouceur et al., 2005](#); [Houle, 2008](#); [Savard et al., 2008](#); [Wood et al., 2007](#); [Jonsson, 2009](#)). On peut avancer que les joueurs de poker sur internet présentent plus de problèmes de jeu que les autres joueurs de poker ([Williams et Wood, 2007](#)).

Dans un relevé de littérature traitant des facteurs de risque associés au jeu pathologique en général, Johansson et ses collaborateurs (2009) indiquent que les variables démographiques (être âgé de moins de 29 ans; être un homme), les distorsions cognitives (perceptions erronées; illusions de contrôle), les

caractéristiques sensorielles des jeux, le mode de renforcement, les comorbidités, la délinquance/actes illégaux, sont les seuls à avoir été validés empiriquement par au moins trois études. Or, les facteurs de risque liés à la pathologie des joueurs de poker commencent tout juste à faire l'objet d'une attention de la part des chercheurs. On pourra donc user de conservatisme et considérer les facteurs de risque démontrés dans ces études comme étant des facteurs de risque *probables*.

Quelques études mettent en évidence des facteurs de risque *probables* pour le jeu pathologique chez les joueurs de poker (Hopley et Nicki, 2010; Wood et al., 2007). Par exemple, Dufour et al. (2009) rapportent que les joueurs de poker dépensent entre deux et cinq fois plus lorsqu'ils jouent aux *cash games*. Il a aussi été démontré que les joueurs pathologiques de poker estimaient moins bien les probabilités qu'un groupe contrôle de joueurs expérimentés. Les joueurs pathologiques de poker, malgré leur expérience du jeu, auraient autant de biais d'interprétation que les joueurs inexpérimentés. En somme, seuls les joueurs expérimentés non pathologiques prendraient des décisions avantageuses sur le long terme (Linnet et al., 2012). Par ailleurs, les joueurs de poker sur internet aux prises avec des habitudes de jeu problématiques rapportent une plus grande motivation à jouer afin de réguler leurs états émotionnels, obtenir de l'argent ou retirer davantage de plaisir qu'une population de joueurs sans habitudes de jeu problématiques (Lloyd et al., 2010). Les troubles de la personnalité du *Cluster C* (personnalités dites anxieuses et craintives) sont particulièrement représentés chez les joueurs pathologiques de poker en ligne, suggérant qu'ils pourraient constituer à la fois un facteur de risque et de complexité clinique (notamment en majorant la sévérité du problème de jeu) du jeu pathologique (Barrault et Varescon, 2012).

Au chapitre des facteurs de risque associés au poker, Wood et Williams (2009) rapportent notamment que parier sur un grand nombre de jeux, risquer de grosses sommes, avoir des problèmes de santé mentale, avoir des antécédents familiaux de problèmes de jeu, avoir un faible revenu familial, être célibataire, avoir un plus grand nombre d'idées préconçues sur le jeu, avoir une attitude négative à l'égard du jeu, et enfin, avoir déjà connu d'autres dépendances étaient des facteurs prédictifs d'un jeu problématique sur internet, quel que soit le jeu. Or, plusieurs éléments semblent inciter le joueur de poker en ligne à jouer plus, plus souvent, et plus longtemps, tels que la facilité et la rapidité d'accès, la disponibilité du jeu à toute heure du jour et de la nuit, l'argent virtuel, le confort lors de l'utilisation lié au fait de jouer depuis son domicile, l'environnement virtuel favorisant la perte de la notion du temps, le caractère interactif qui alimente une illusion de contrôle, l'anonymat de l'activité, la rapidité du jeu, la possibilité de miser des sommes très faibles et les stratégies promotionnelles (Griffiths et Parke, 2002; Griffiths, 2003; Papineau et Leblond, 2010; Sévigny et al., 2005). Cependant, d'autres études sont nécessaires pour confirmer la pertinence de retenir tous ces éléments comme facteur de risque avéré.

Wood et al. (2007) rapportent que les joueurs problématiques de poker sur internet sont plus nombreux que les joueurs ayant peu ou pas de difficultés

avec le jeu à présenter une humeur négative après le jeu, à jouer pour fuir leurs problèmes et à mentir à propos de leur genre lorsqu'ils jouent (« *gender swapping* »). Une autre étude révèle que le temps passé à jouer, le phénomène de dissociation pendant le jeu, la vulnérabilité à l'ennui, l'impulsivité, et les humeurs négatives (dépression, anxiété et stress) seraient de bons prédicteurs d'un problème de jeu au poker en ligne (Hopley et Nicki, 2010). Griffiths et ses collaborateurs (2010) notent également que les joueurs problématiques de poker en ligne ont tendance à mentir à propos de leur sexe lorsqu'ils jouent, à dépenser plus que prévu (à manquer de discipline) et à jouer plus souvent sur de longues périodes de temps.

En conclusion, certains facteurs de risque *probables* d'un problème de jeu au poker sont actuellement connus. Toutefois, étant donné la nature corrélative des études, on ne peut affirmer que ces facteurs entraînent un problème de jeu ou qu'ils n'en sont parfois que la conséquence. Par ailleurs, la plupart des études s'intéressant aux facteurs de risque du poker se font sur des populations étudiantes et sur diverses formes de jeux de poker sans en faire la différence. Une plus grande diversité des échantillons est souhaitable pour l'avenir, de même qu'une meilleure distinction quant aux jeux étudiés. Comme le soulèvent Johansson et ses collègues (2009), la connaissance des facteurs de risque permettra certainement d'améliorer les approches préventives et curatives du jeu pathologique.

Références

- Barrault, S., Varescon, I., 2012. Psychopathologie des joueurs pathologiques en ligne : une étude préliminaire. *L'Encéphale* 2, 156–163.
- Bjerg, O., 2010. Problem gambling in poker : money, rationality and control in a skill-based social game. *International Gambling Studies* 10, 239–254.
- Boutin, C., 2010. Le jeu : chance ou stratégie ? Choisir librement la place du jeu dans votre vie. Éditions de l'Homme, Paris.
- Dufour, M., Brunelle, N., Richer, I., 2009. Le rôle du poker en ligne dans les trajectoires de jeu de hasard et d'argent. Rapport de recherche remis au FQRSC.
- Depaulis, T., 2008. Petite histoire du poker. Éditions Pole, Paris.
- Griffiths, M., 2003. Internet gambling : Issues, concerns, and recommendations. *CyberPsychol. Behav.* 6, 557–568.
- Griffiths, M., Parke, J., 2002. The social impact of Internet gambling. *Social Science Computer Review* 20, 312–320.
- Griffiths, M., Parke, J., Wood, R., Rigbye, J., 2010. Online poker gambling in university students : Further findings from an online survey. *International Journal of Mental Health Addiction* 1, 82–89.
- Hopley, A., Nicki, R., 2010. Predictive factors of excessive online poker playing. *CyberPsychol. Behav.* 13, 379–385.
- Houle, V., 2008. Processus de vigie mis en place dans le cadre de l'ouverture du salon de jeux à l'hippodrome de Québec. Agence de la Santé et des Services Sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de la Santé Publique, Québec.
- Johansson, A., Grant, J., Kim, S., Odlaug, B., Gøtestam, K., 2009. Risk factors for problematic gambling : a critical literature review. *J. Gambl. Stud.* 25, 67–92.

- Jonsson, J., 2009. Responsible gaming and gambling problems among 3000 Swedish Internet poker players. In : Alberta gaming research institute's 8th annual conference. Banff, Alberta.
- Khazaal, Y., Chatton, A., Bouvard, A., Khiari, H., Achab, S., Zullino, D., 2011. Internet Poker Websites and Pathological Gambling Prevention Policy. *J. Gambl. Stud.* online first, 15 December 2011.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D., 2005. Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. *Canadien Journal of Psychiatry* 50, 451–456.
- Linnet, J., Frøslev, M., Ramsgaard, S., Gebauer, L., Mouridsen, K., Wohlert, V., 2012. Impaired probability estimation and decision-making in pathological gambling poker players. *J. Gambl. Stud.* 1, 113–122.
- Lloyd, J., Doll, H., Hawton, K., Dutton, W.H., Geddes, J.R., Goodwin, G.M., et al., 2010. How psychological symptoms relate to different motivations for gambling : An online study of internet gamblers. *Bio. Psychiatry* 68, 733–740.
- Papineau, E., Leblond, J., 2010. Étatisation des jeux d'argent sur Internet au Québec : une analyse de santé publique. Mémoire déposé au ministère des Finances.
- PokerPlayers Research URL : <http://www.pokerplayersresearch.com/Questionnaire.aspx>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5ywiMuv4V>.
- Savard, C., Ferland, R., Ladouceur, R., Giroux, I., 2008. Is playing poker an inoffensive hobby ? Paper presented at the annual congress of the National Conference on Problem Gambling. Long Beach, CA.
- Schwartz, D.G., 2006. Roll the bones – the history of gambling. Gotham Books, New York.
- Sévigny, S., Ladouceur, R., Cloutier, M., Pelletier, M.F., 2005. Internet gambling : Misleading payout rates during the demo period. *Computers in Human Behavior* 21, 153–158.
- Shead, W., Hodgins, D., Scharf, D., 2008. Differences between poker players and non-poker-playing gamblers. *International Gambling Studies* 8, 167–178.
- Williams, R., Wood, R., 2007. Internet gambling : A comprehensive review and synthesis of the literature. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre. Guelph, Ontario, Canada.
- Wood, R., Griffiths, M., Parke, J., 2007. Acquisition, development and maintenance of online poker playing in a student sample. *Cyberpsychol. Behav.* 10, 354–361.
- Wood, R., Williams, R., 2009. Internet Gambling : Prevalence, patterns, problems and policy options. Final Report prepared for the Ontario Problem Gambling research center. Guelph, Ontario, Canada.

CHAPITRE 18

Les particularités du jeu en ligne et autres pratiques apparentées

G. Bouju

Quelques mots d'épidémiologie

En septembre 2011, l'OFDT et l'INPES présentaient les premières données nationales de prévalence sur la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) en France, issues du Baromètre Santé 2010 (Costes et al., 2011). Cette enquête, menée au premier semestre 2010 et donc avant l'ouverture du marché des jeux en ligne (JEL), indiquait une prévalence de 1,3 % de joueurs problématiques. Parmi les joueurs actifs, seuls 9,1 % jouaient en ligne, principalement aux jeux de pronostic (35,1 %), au poker (29,8 %) et aux jeux de tirage (24,2 %). La prévalence du jeu excessif dans la population de joueurs actifs sur internet (8,3 %) était bien plus élevée que dans l'ensemble de la population (3,7%) et supérieure par rapport aux jeux hors ligne. En Grande-Bretagne, une grande étude de prévalence rapportait des chiffres similaires, avec 6 % de joueurs sur internet et un taux de problèmes de jeu plus élevé sur internet que hors ligne (5 % versus 0,5 %) (Griffiths et al., 2009). Des résultats du même ordre avaient été trouvés aux États-Unis avec une association entre le jeu en ligne et les problèmes de jeu (Petry, 2006).

Les caractéristiques du jeu en ligne et des joueurs en ligne

Griffiths et ses collaborateurs ont défini un ensemble de caractéristiques qui pourraient rendre compte du caractère attractif, voire addictif, d'internet. Sont

identifiés l'accessibilité, l'anonymat, la désinhibition, l'immersion/dissociation, la fréquence de jeu, etc. (Griffiths et al., 2006). L'effet de désinhibition procuré par internet a été décrit plus en détail par Suler (2004), qui mettait au premier plan le caractère dissociatif d'internet, à la fois en termes d'identité (anonymat, invisibilité, *gender swapping* [Wood et al., 2007]), de temporalité (asynchronisme, perte de la notion du temps qui passe) ou d'imagination (autre réalité à vivre sur internet). Cet effet dissociatif avait déjà été observé pour les machines de jeu électroniques (Monaghan et Blaszczynski, 2010). D'autres facilités liées à internet, et favorisant les pratiques de jeu, y compris les pratiques à risque, peuvent aussi être évoquées, comme le mode de paiement (*e-cash*), la sophistication des logiciels et le réalisme des environnements de jeu, le caractère transculturel du jeu en ligne (sites « multilingues »), etc. (Griffiths, 2003). Par ailleurs, les joueurs en ligne présentent des caractéristiques socio-démographiques particulières, qui les distinguent des joueurs hors ligne. Ce sont plus souvent des hommes jeunes, qui vivent seuls, ont un niveau d'éducation élevé et sont actifs. Une association a aussi été montrée avec la consommation d'alcool (Griffiths et al., 2009).

Les JEL et les pratiques numériques apparentées

Les JHA sont désormais entrés dans une ère numérique où les opportunités de jeu sont multiples et extrêmement accessibles. Ainsi, il est désormais possible de jouer en ligne en se connectant à internet sur un ordinateur, un téléphone portable, via la télévision interactive, les jeux vidéo, etc. C'est ce que King et al. ont nommé la « convergence du jeu et des supports numériques » (2010). Ces nouvelles technologies facilitent d'autant plus les pratiques de jeu qu'elles sont hyper-accessibles, très familières, notamment aux plus jeunes, mais surtout parce qu'elles sont très acceptées dans notre société moderne (Griffiths et al., 2006).

Les jeux vidéo

Les jeux vidéo et les JHA semblent présenter des caractéristiques communes. Tout d'abord, il existe un lien entre la pratique des jeux vidéo à l'adolescence et celle des JHA à l'âge adulte, via un phénomène de type « initiation à l'écran » (King et al., 2010) et une composante d'urgence de l'impulsivité plus marquée (Billieux et Van der Linden, 2010 ; Grall-Bronnec et al., 2012). Par ailleurs, certains jeux vidéo proposent des situations de type JHA insérées dans le jeu (par exemple, la possibilité pour un avatar d'entrer dans un casino virtuel), et qui, même si elles ne sont pas toujours récompensées en argent réel, permettent au joueur de progresser plus rapidement dans le jeu, produisant un renforcement positif de la pratique (King et al., 2010). Enfin, les motivations à jouer aux jeux vidéo et aux JEL seraient également proches, avec notamment l'immersion dans un monde virtuel en lien avec la dissociation procurée par internet (Billieux et Van der Linden, 2010).

Les simulations de JHA

Désormais, il est possible de télécharger des jeux vidéo ou des applications reproduisant une simulation de JHA. Ainsi, tout un chacun, y compris les mineurs, peut jouer à quasiment n'importe quel JHA depuis son ordinateur, sa console, son téléphone portable, ou encore sur des réseaux sociaux (King et al., 2010). Même si ces simulations n'impliquent pas d'argent, elles peuvent favoriser une initiation précoce et induire une illusion de contrôle qui reste présente lorsque la pratique évolue vers de véritables JHA.

Les périodes de « démo » des sites de JEL

Les périodes de « démo » des sites de JEL sont des modes d'essai des sites de JEL, pendant lesquelles le joueur peut « s'entraîner » gratuitement à jouer. L'étude d'une centaine de sites de JEL a montré qu'en l'absence de réglementation, les taux de retour utilisés pendant ces périodes de « démo » étaient exagérés, parfois supérieurs à 100 %. Ces taux démesurés contribuent à renforcer la conviction des joueurs qu'ils peuvent gagner facilement de l'argent, avec une accentuation de la prise de risque en conséquence lorsque de l'argent réel est ensuite en jeu (Sévigny et al., 2005). Par ailleurs, plusieurs sites de JEL proposent en parallèle de leur site principal un site « doublon » permettant de jouer gratuitement avec de l'argent fictif. Si ces périodes de démo ou ces sites gratuits n'impliquent pas d'argent réel, il semble qu'ils représentent bel et bien un facteur prédictif de la pratique des JHA et des problèmes de jeu, notamment chez les jeunes (King et al., 2010).

Les quizz télévisés

La télévision interactive est certainement l'exemple type du support numérique de jeu accepté, et même valorisé, puisque la télévision est intégrée dans la vie des personnes dès la prime enfance. Les quizz télévisés, dans lesquels les téléspectateurs répondent à une question très simple puis sont sélectionnés aléatoirement parmi les bons répondants, ou bien dans lesquels le téléspectateur « mise » sur un candidat ou un évènement, peuvent tout à fait être assimilés à des loteries, et donc à des JHA. Si ce type de jeu paraît initialement gratuit, il suppose tout de même un engagement d'argent, comme par exemple le coût surtaxé de l'appel ou du SMS (King et al., 2010). L'accessibilité, pour les jeunes notamment, l'absence de régulation, et la précocité de l'initiation de ces nouvelles pratiques en plein développement pourraient en faire un enjeu majeur de santé publique dans les prochaines années.

Conclusion

L'objectif de ce chapitre était de donner un aperçu des JEL et de quelques autres pratiques apparentées, potentiellement tout aussi addictives. Internet n'est finalement qu'un médium numérique parmi de nombreux autres de l'activité de

jeu. Ainsi, on peut déplorer que la régulation des JEL n'inclue pas également ces nouvelles pratiques qui, même si l'interface est différente (ordinateur, téléphone, télévision, console, etc.) et même si elles n'impliquent pas forcément une mise d'argent, concernent finalement une même pratique et présentent les mêmes risques d'addiction. Les recherches futures devraient ainsi faire une place plus grande à ces pratiques et aux liens avec les JEL plus classiques. Enfin, il faut garder à l'esprit que si internet est un médium à risque de l'activité de jeu, il représente aussi un support de choix pour des interventions de prévention ou de soins pour les joueurs ou d'autres addictions (Griffiths, 2009).

Références

- Billieux, J., Van der Linden, M., 2010. Addictions and self regulation mechanisms : for a dynamic and multifaceted approach. *Psychotropes* 16, 45–56.
- Costes, J.M., Pousset, M., Eroukmanoff, V., Le Nezet, O., Richard, J.B., Guignard, R., et al., 2011. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *Tendances* 77.
- Grall-Bronnec, M., Wainstein, L., Feuillet, F., Bouju, G., Rocher, B., Vénisse, J.L., et al., 2012. Clinical profiles as a function of level and type of impulsivity in a sample group of at-risk and pathological gamblers seeking treatment. *J. Gambl. Stud.* 28, 239–252.
- Griffiths, M., 2003. Internet gambling : issues, concerns, and recommendations. *CyberPsychol. Behav.* 6, 557–568.
- Griffiths, M., 2009. Internet help and therapy for addictive behavior. *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation* 2, 43–52.
- Griffiths, M., Parke, A., Wood, R., Parke, J., 2006. Internet gambling : an overview of psychosocial impacts. *UNLV Gaming Research and Review Journal* 10, 27–39.
- Griffiths, M., Wardle, H., Orford, J., Sproston, K., Erens, B., 2009. Internet gambling, health, smoking and alcohol use : findings from the 2007 British gambling prevalence survey. *International Journal of Mental Health and Addiction* 9, 1–11.
- King, D., Delfabbro, P., Griffiths, M., 2010. The convergence of gambling and digital media : implications for gambling in young people. *J. Gambl. Stud.* 26, 175–187.
- Monaghan, S., Blaszczynski, A., 2010. Impact of mode display and message content of responsible gambling signs for electronic gaming machines on regular gamblers. *J. Gambl. Stud.* 26, 67–88.
- Petry, N.M., 2006. Internet gambling : an emerging concern in family practice medicine? *Fam. Pract.* 23, 421–426.
- Sévigny, S., Cloutier, M., Pelletier, M.F., et al., 2005. Internet gambling : misleading payout rates during the demo period. *Computers in Human Behaviour* 21, 153–158.
- Suler, J., 2004. The online disinhibition effect. *CyberPsychol. Behav.* 7, 321–326.
- Wood, R., Griffiths, M., Parke, J., 2007. Acquisition, development, and maintenance of online poker playing in a student sample. *CyberPsychol. Behav.* 10, 354–361.

CHAPITRE 19

Le jeu pathologique : aspects cliniques et diagnostiques

M. Lejoyeux, J.L. Vénisse

La pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA) peut donner lieu à des dépendances comportementales partageant avec les addictions classiques nombre de points communs. Le jeu s'exerce maintenant en « réel » et aussi sur internet ([Gorse et Lejoyeux, 2011](#)).

La définition du jeu pathologique

La définition du jeu pathologique, telle qu'elle a été reprise dans les classifications diagnostiques récentes, est fondée sur les trois éléments suivants :

- la présence d'un comportement de jeu inadapté (fréquence trop élevée, sommes mises excessives ne tenant pas compte de la situation financière du joueur...);
- la répétition de ce comportement malgré les pertes croissantes;
- les conséquences négatives du comportement.

Le jeu pathologique est ainsi défini comme un comportement répété et persistant des JHA exposant à des conséquences sociales, professionnelles et individuelles négatives. Les conséquences du jeu renforcent le comportement de jeu : le joueur pathologique joue pour payer ses dettes ; l'importance du risque ajoute à la griserie. Rien n'arrête le joueur qui abandonne, au profit du jeu, son équilibre financier, sa famille, son emploi. Dans les situations extrêmes, le joueur verse dans la délinquance financière (faux, escroqueries) ou se ruine complètement.

Griffiths (2007) définit le jeu pathologique comme une tendance à risquer de l'argent ou des valeurs financières dans l'attente de gagner davantage d'argent en peu de temps, le gain ou la perte dépendant du hasard ou de la chance.

Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (APA, 1994), le jeu pathologique est rangé parmi les troubles du contrôle des impulsions. La liste des critères diagnostiques est présentée dans le chapitre suivant.

Le parcours du joueur pathologique

Le jeu pathologique évolue classiquement selon quatre phases.

La phase de gain

Les premières expériences de jeu, le plus souvent à l'adolescence, permettent parfois, de façon aléatoire, de gagner des sommes d'importance variable. Parfois, le sujet gagne de manière répétée de petites sommes d'argent. Dans d'autres cas, la dépendance s'installe après un gain très important, un « *big win* », qui procure euphorie et exaltation et renforce certaines distorsions cognitives concernant les possibilités de contrôler l'issue du jeu. La fréquence de jeu augmente, et le joueur pense développer une technique de jeu qu'il considère comme infaillible. Il fait l'expérience de l'acquisition d'un statut social et même parfois d'une certaine richesse, sans effort autre que celui de la confrontation au hasard. Il se croit protégé ou soutenu par la chance, le destin, le hasard. L'adhésion à des superstitions, des martingales ou des stratégies de jeu vient renforcer l'impression de maîtrise du sort. Durant cette phase initiale, les gains et les pertes alternent. Le joueur tend à surestimer l'importance de ses gains, en les attribuant à son habileté, et à minimiser ses pertes, rendant impossible l'estimation du bilan financier réel. Il peut présenter, lors des gains, de brefs épisodes dissociatifs, suivis de trous noirs. Ces « transes » sont plus fréquentes chez les joueurs pathologiques que chez les joueurs sociaux. Une véritable dépendance vis-à-vis du jeu s'installe. Le jeu devient une habitude contraignante utilisée comme un remède et une consolation contre les affects dysphoriques. La tristesse, l'ennui, le ressentiment ou l'anxiété sont des incitations à jouer.

La perte et la « chasse »

La phase de perte est considérée par le joueur comme un moment où « la chance a tourné ». Elle est vécue comme une mise en échec de la science du jeu et de la protection vis-à-vis du mauvais sort. L'humeur est particulièrement fluctuante, et le sujet s'engage dans une période dite de « chasse » (« *chasing* »), c'est à dire qu'il continue de jouer dans l'espoir de se refaire. Il espère annuler ses dettes et gagner de nouveau en retrouvant son talent de joueur ou sa chance. Il emprunte sans hésiter, persuadé que l'argent sera remboursé par ses gains à venir. La dépendance est véritablement installée. L'activité professionnelle, les loisirs, la vie familiale sont abandonnés ou négligés au profit du jeu. Cette

activité devenue « obligatoire » ne peut être interrompue sans qu'apparaissent des symptômes psychiques de sevrage (envie irrépressible de jouer, irritabilité, nervosité) et parfois même physiques (céphalées, troubles gastro-intestinaux, polypnée...). Le jeu pathologique, une fois installé, peut évoluer sur un mode épisodique ou régulier pendant plusieurs années.

Le désespoir

Le désespoir fait souvent suite à une période de perte d'argent prolongée. Les dettes de jeu sont telles que les amis, la famille ou les banques refusent une aide et une annulation des créances. Désespéré et angoissé, le joueur ne parvient toujours pas à contrôler sa conduite. Il n'abandonne pas non plus les espoirs d'un gros gain qui permettrait de tout effacer. Il croit encore, contre toute vraisemblance, en sa capacité de gagner, en sa « science du jeu ». Il accuse l'entourage qui ne le comprend pas, la chance qui l'oublie, plutôt que de renoncer à jouer. Le joueur peut à ce stade mentir et commettre des actes délictueux (escroqueries, chèques sans provisions, vols...) pour se procurer de l'argent. La survenue de sanctions judiciaires peut déclencher un passage à l'acte suicidaire ou une réaction dépressive.

L'abandon

À cette phase, les fantasmes de gain et de réussite sont abandonnés. Le joueur sait que ses dettes ne pourront être remboursées. Il n'en continue pas moins à jouer par une sorte « d'amour désintéressé » du jeu lui-même et de son contexte social (atmosphère des casinos ou des salles de jeux, liens de camaraderie entre joueurs...).

Les conséquences négatives du jeu pathologique

Comme toute dépendance, le jeu pathologique donne lieu à des dommages personnels et collectifs. Le retentissement des conduites de jeu doit être évalué de la manière la plus précise possible, dans l'ensemble des domaines de la vie affective, sociale et professionnelle. Les pertes sont souvent considérables. Elles sont sanctionnées par la loi quand des emprunts ne peuvent être honorés ou que des dettes restent impayées. Il s'agit parfois de « pertes d'honneur », chez celui qui a du mentir à ses amis ou à sa famille pour ne pas laisser passer ce qui lui apparaissait comme une chance unique de se refaire. Les dommages de cette dépendance se comptent aussi en temps perdu. Les activités auxquelles le joueur renonce sont d'autres formes de dettes de jeu, tout aussi douloureuses parfois que les dettes d'argent. De même que la définition de l'alcoolisme ne dépend pas d'un seuil de boissons alcooliques consommées, dont le franchissement déterminerait le caractère pathologique du comportement, le jeu pathologique ne peut se limiter à un calcul des pertes et des dettes.

Les joueurs pathologiques rapportent un état de santé moins bon et sont sur-représentés en médecine générale. Les problèmes somatiques les plus fréquents

sont la fatigue, les troubles du sommeil, les céphalées à type de migraines, les troubles gastro-intestinaux et respiratoires, l'hypertension artérielle et les troubles cardio-vasculaires (Germain et al., 2011).

Instruments d'évaluation du jeu problématique et pathologique

Parmi les instruments d'évaluation, il faut distinguer ceux qui concernent le dépistage des problèmes de jeux de ceux qui permettent le diagnostic de jeu pathologique, en référence aux classifications internationales.

Lie/Bet Questionnaire (Johnson et al., 1997)

Il s'agit d'un questionnaire à deux items, dérivés des critères diagnostiques de la section « jeu pathologique » du DSM-IV. La capacité de ce questionnaire à dépister les problèmes de jeu a été testée auprès de joueurs pathologiques et de sujets contrôle. Les questions posées (*« avez-vous déjà menti à votre ami(e) ou vos ami(es) à propos de l'argent que vous avez dépensé en jouant ? »* et *« avez-vous déjà ressenti(e) le besoin de miser toujours plus d'argent ? »*) permettent un dépistage rapide, une seule réponse positive suffisant à faire évoquer des problèmes de jeu.

South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur, Blume, 1987)

Ce questionnaire comprend 16 questions issues des critères diagnostiques de la section « jeu pathologique » du DSM-III. Il peut être complété par le sujet seul ou par l'intermédiaire d'un évaluateur. Un score compris entre 0 et 2 sur 20 signe l'absence de problème de jeu, entre 3 et 4 le jeu problématique, tandis qu'un score supérieur ou égal à 5 permet d'évoquer le jeu pathologique probable. Le SOGS a longtemps été considéré comme un outil de référence pour l'évaluation des problèmes de jeu. On peut cependant lui reprocher de ne pas comporter de période de référence, avec pour corrélat une surestimation des problèmes de jeu. Son utilisation en population générale a pour inconvénient d'induire un taux élevé de faux positifs. Il s'agit donc bien d'un instrument de dépistage, nécessitant une confirmation diagnostique par un entretien clinique ou la passation d'un autre instrument d'évaluation. Le questionnaire a été traduit en Français (Lejoyeux, 1999).

La section « jeu pathologique » du DSM-IV (APA, 1994)

Présent dès la troisième version du DSM en 1980, le jeu pathologique a vu ses critères diagnostiques évoluer au fil des années, avec en particulier l'apparition d'items faisant directement référence au concept de dépendance d'un point de vue biologique (manifestations de sevrage et tolérance); toujours pour l'instant inclus dans la catégorie des « troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs », le jeu pathologique devrait dans le DSM-V être déplacé vers la catégorie

« Troubles liés à l'utilisation de substances », laquelle sera elle-même renommée « Addictions et troubles liés ». Cette question de la pertinence de l'utilisation des critères diagnostiques de la dépendance aux substances psycho-actives pour le diagnostic du jeu pathologique sera abordée dans le chapitre suivant.

Parmi les dix critères proposés dans le DSM-IV, la présence d'au moins cinq est nécessaire pour affirmer le diagnostic de jeu pathologique, tandis que la présence de trois ou quatre suffit à parler de jeu à risque ou de jeu problématique. Les critères diagnostiques du DSM-IV constituent l'outil de référence pour le diagnostic de jeu pathologique et de nombreux travaux attestent des propriétés psychométriques des dix items.

Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE) (Ferris et Wynne, 2001)

Il a été construit pour un usage lors d'études épidémiologiques en population générale, de façon à refléter le contexte social et environnemental de la pratique des JHA. Ainsi, sur un ensemble de 31 items, 9 peuvent être cotés pour obtenir le taux de prévalence du jeu excessif, tandis que les autres sont considérés comme des indicateurs associés à la pratique du jeu (types de jeux, fréquence de la pratique, dépenses occasionnées) et des corrélats correspondant au jeu excessif, auxquels on peut faire appel pour établir le profil des différents types de joueurs ou de joueurs excessifs.

Les 9 items cotés possèdent quatre niveaux de réponse pour chaque question et le score se calcule en additionnant les points obtenus à chaque question. Un score de 0 signifie l'absence de problème de jeu, un score de 1–2 signifie des habitudes de jeu à faible risque, qui semblent avoir peu de conséquences négatives, un score de 3–7 signifie des habitudes de jeu à risque modéré, qui ont certaines conséquences négatives et un score supérieur ou égal à 8 signifie le jeu problématique, qui a des conséquences négatives et peut être hors de contrôle. Pour beaucoup d'auteurs, il s'agirait de l'instrument le plus adapté aux études épidémiologiques. Sa capacité à discriminer les problèmes de jeu le situe entre le DSM-IV d'une part et le SOGS d'autre part. C'est cet outil qui a été retenu dans le cadre de la première étude de prévalence des problèmes de jeu en France (Costes et al., 2011).

Références

- American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth ed. American Psychiatric Press, Washington DC, p. 886.
- Costes, J.M., Poussel, M., Eroukmanoff, V., Le Nezet, O., Richard, J.B., Guignard, R., et al., 2011. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Baromètre Santé 2010, module jeux de hasard et d'argent INPES/OFDT. Tendances 77, 8.
- Ferris, J., Wynne, H., 2001. Rapport final sur le CPGI (ou ICJE). Canadian Centre on Substance, Ottawa.
- Germain, C., Vahanian, A., Basquin, A., Richoux-Benhami, C., Embouoazza, H., Lejoyeux, M., 2011. Coronary heart disease : an unknown association to pathological gambling. *Frontiers in Psychiatry* 2, 1–3.
- Gorse, P., Lejoyeux, M., 2011. On-line pathological gambling : a new clinical expression of Internet addiction. Internet Addiction Nova Science Publishers, Inc, New York.

- Griffiths, M., 2007. Gambling addiction and its treatment within the NHS : A guide for healthcare professionals. British Medical Association, London.
- Johnson, E.E., Hamer, R., Nora, R.M., Tan, B., Eisenstein, N., Engelhart, C., 1997. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychology Report* 80, 83–88.
- Lejoyeux, M., 1999. Echelles de dépistage du jeu pathologique. *Neuro-psy* 14, 67–71.
- Lesieur, H.R., Blume, S.B., 1987. The South Oaks Gambling Screen (SOGS) : a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am. J. Psychiatry* 144, 1184–1188.

CHAPITRE 20

Les critères diagnostiques de la dépendance aux substances psycho-actives sont-ils valides pour le diagnostic du jeu pathologique ?

M. Fatseas, C. Denis, J.-M. Alexandre, M. Auriacombe

Notre intérêt s'est porté particulièrement sur la question de la possibilité d'appliquer au jeu pathologique (JP) les critères diagnostiques de la dépendance aux substances, sur la base de l'hypothèse d'un socle commun entre ces troubles ([Bosc et al., 2012](#)). Des auteurs se sont intéressés à l'évaluation d'un cadre commun entre ces deux pathologies ([Frascella et al., 2010](#) ; [Petry, 2006](#) ; [Potenza, 2008](#) ; [Velea, 2009](#)), mettant également en évidence, au-delà du cadre clinique, des caractéristiques thérapeutiques, épidémiologiques, voire neurobiologiques communes. Dans la perspective de l'addiction conçue comme la perte de contrôle de l'usage d'un objet de gratification, un débat est en cours sur l'intégration du JP dans le spectre des addictions sur le modèle de la dépendance aux substances, dans le cadre de la révision du DSM ([Fatseas et al., 2008](#)). La validité des critères diagnostiques du JP selon différentes options a été examinée dans une série d'analyses ([Denis et al., 2012](#)). Parmi ces options, est présentée ici celle qui consiste à utiliser les critères actuels de dépendance aux substances selon le DSM-IV pour faire le diagnostic de JP.

Des sujets en demande de soins pour une addiction ont été interrogés sur leur pratique des jeux de hasard et d'argent et étaient inclus s'ils rapportaient avoir joué au moins 1 fois/semaine sur les 30 derniers jours. Le diagnostic de

*Annexe 20.1***Critères diagnostiques du Jeu Pathologique selon le DSM-IV.**

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1) Préoccupation par le jeu (par exemple préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
- 2) Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
- 3) Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
- 4) Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
- 5) Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (par exemple des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).
- 6) Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour se « refaire »).
- 7) Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres personnes pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
- 8) Commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu.
- 9) Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
- 10) Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées due au jeu.

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

JP était évalué en utilisant les critères du Jeu Pathologique selon le DSM-IV (voir [annexe 20.1](#)) et ceux de la dépendance aux substances adaptés au JP (voir [annexe 20.2](#)). La sévérité du JP était examinée à l'aide du questionnaire South Oaks Gambling Screen (SOGS) et en considérant certains items de l'Addiction Severity Index (ASI) adapté : fréquence de la pratique des jeux sur les 30 derniers jours, nombre d'années de pratique des jeux et argent dépensé pour la pratique de jeu sur les 30 derniers jours ([Auriacombe et al., 2004](#); [Denis et al., 2009](#)).

La prévalence du diagnostic de JP variait de 20,5 % à 24,8 % selon la classification utilisée (respectivement les critères diagnostiques du JP et ceux de la dépendance aux substances adaptés au JP), sans différence significative selon le groupe. La sensibilité (93.9) et la spécificité (93.0) des critères DSM-IV de la dépendance aux substances adaptés au JP, bien que légèrement inférieures à celles des critères DSM-IV du JP, demeuraient élevées. Les variables liées aux pratiques de jeu sont présentées dans le tableau 1 en considérant chacune des options.

Concernant la fiabilité, la consistance interne des critères pour chacune des classifications était comparable et excellente quelle que soit la classification considérée (alpha de Cronbach = 0,92 pour l'option 1; alpha de Cronbach = 0,89 pour l'option 2).

*Annexe 20.2***Critères diagnostiques de la dépendance aux substances selon le DSM-IV adaptés pour le Jeu Pathologique.**

- 1 – Tolérance (augmentation des quantités d'argent afin d'atteindre l'état d'excitation désiré ou augmentation notablement plus forte de la fréquence de jeu ou effet notablement diminué en cas de jeu à la même fréquence ou avec la même quantité d'argent).
- 2 – Symptômes de sevrage caractéristiques (irritabilité, anxiété, difficulté à dormir, douleur à l'arrêt du jeu ou retour au jeu pour soulager les symptômes de sevrage).
- 3 – Jouer à une fréquence plus importante, des quantités d'argent plus importantes ou pendant des périodes plus prolongées que prévu.
- 4 – Il y a un désir persistant, ou des tentatives répétées infructueuses d'arrêter la pratique du jeu.
- 5 – Beaucoup de temps ou d'activités sont nécessaires pour se rendre dans les aires de jeu, trouver des aires de jeu, et jouer.
- 6 – Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de la pratique du jeu.
- 7 – La pratique du jeu est poursuivie malgré la connaissance des conséquences dommageables (par exemple incapacité de remplir ses obligations, problèmes financiers).

Les critères diagnostiques actuels du JP permettant le mieux de discriminer les Joueurs Pathologiques des Joueurs Non Pathologiques étaient les critères #3 (Efforts répétés et infructueux pour arrêter), #6 (Chasing), #7 (Mensonges) et #9 (Mise en péril ou perte d'une relation ou d'un travail). Les critères diagnostiques de la dépendance aux substances adaptés au JP permettant le mieux de discriminer les Joueurs Pathologiques des Joueurs Non Pathologiques étaient les #4 (Efforts infructueux pour contrôler), #5 (Temps passé), #7 (Poursuite de l'activité de jeu malgré les dommages). De plus, on notait une forte corrélation entre le nombre de critères présentés et les mesures de sévérité, quelle que soit la classification considérée ([tableaux 20.1](#) et [20.2](#)).

La concordance entre les deux options diagnostiques, mesurée par le coefficient de concordance Kappa (κ), était bonne pour ce qui concerne les items « Mise en péril ou perte d'une relation ou d'un travail » et « Réduction des activités » ($\kappa = 0,63$) d'une part, et « Besoin de jouer davantage » et « Tolérance » ($\kappa = 0,68$) d'autre part. Elle était excellente entre les items « Nervosité ou irritabilité lors des tentatives d'arrêt » et « Sevrage » ($\kappa = 0,74$) d'une part, et « Efforts répétés et infructueux pour contrôler » et « Efforts infructueux pour contrôler » ($\kappa = 0,78$) d'autre part. La cohérence des classifications était peu modifiée par l'utilisation des critères de la dépendance aux substances selon le DSM-IV adaptés au JP, comme le montrait la valeur élevée du coefficient kappa (0,81).

L'apport important et innovant de ce travail est de montrer que l'utilisation des critères de la dépendance aux substances peut être une approche valide pour le diagnostic du JP ([Denis et al., 2012](#)). Les données, bien que limitées par la taille

TABLEAU 20.1. Variables liées à la pratique de jeu au sein d'un échantillon de joueurs (N = 161) selon les 2 méthodes de classifications utilisées pour le Jeu Pathologique (adapté de Denis, Fatséas et al., 2012).

Méthode de classification		
	Sujets diagnostiqués comme joueurs pathologiques avec le « DSM-IV » (n = 33)	Sujets diagnostiqués comme joueurs pathologiques avec le « DSM-IV adapté substance » (n = 40)
Score SOGS		
JP moy. (ET)	8,8 (3,7)	7,7 (4,3)
JNP moy. (ET)	1,4 (2,2)	1,3 (1,9)
JP vs JNP	F (1,159) = 127,8 ***	F (1,159) = 86,7***
Nb de jours de jeu sur les 30 derniers jours		
JP moy. (ET)	12,0 (9,3)	11,4 (8,7)
JNP moy. (ET)	5,3 (6,9)	5,1 (7,0)
JP vs JNP	F (1,159) = 21,4***	F (1,159) = 21,4***
Nb d'années de jeu (au moins 2/semaine)		
JP moy. (ET)	10,0 (9,2)	9,5 (9,7)
JNP moy. (ET)	2,5 (6,2)	2,3 (5,7)
JP vs JNP	F (1,159) = 30,6***	F (1,159) = 33,0***
Argent dépensé dans le jeu sur les 30 derniers jours (en euros)		
JP moy. (ET)	850,5 (2000,4)	730,4 (1839,9)
JNP moy. (ET)	45,7 (134,9)	38,9 (128,7)
JP vs JNP	F (1,159) = 20,6***	F (1,159) = 17,1***

DSM-IV = critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-IV; DSM-IV adapté substance = critères diagnostiques de la dépendance aux substances selon le DSM-IV adaptés au jeu pathologique; JP = Joueur Pathologique; JNP = Joueur Non Pathologique.

JP vs JNP = ANOVA à 1 critère de classification entre la moyenne du groupe JP et la moyenne du groupe JNP.

*** = p-value < .0001.

de l'échantillon, et le fait que la plupart des sujets présentaient une dépendance aux substances associée, représentent une première étape vers une approche diagnostique commune aux troubles addictifs. Ce travail nécessite d'être répliqué et étendu à des échantillons plus larges, mais il constitue un élément en faveur du regroupement du JP et de la dépendance aux substances au sein des addictions, et pourrait servir de modèle pour une modification de l'approche diagnostique des autres addictions sans substances. Des études comparant, avec les mêmes instruments, des joueurs pathologiques avec des sujets dépendants aux substances demeurent nécessaires afin de mieux comprendre la communalité de ces addictions, en examinant l'implication de certains facteurs de vulnérabilité dans le développement du trouble et la rechute (Bosc et al., 2012).

TABLEAU 20.2. Corrélations entre le nombre de critères diagnostiques présents en utilisant 10 critères diagnostiques du JP selon le DSM-IV, 7 critères diagnostiques de la dépendance aux substances selon le DSM-IV adaptés au JP et la sévérité du JP (n = 161 joueurs) (adapté de Denis, Fatséas et al., 2012).

Sévérité du jeu	« DSM-IV » (0–10 critères)		« DSM-IV Adapté substance » (0–7 critères)	
	<i>r</i>	% de variance expliquée	<i>r</i>	% de variance expliquée
Score SOGS	0,82	68	0,77	60
Nb de jours de jeu sur les 30 derniers jours	0,44	20	0,36	13
Nb d'années de jeu (au moins 2/ semaine)	0,43	19	0,38	15
Argent dépensé dans le jeu sur les 30 derniers jours	0,37	14	0,36	13

DSM-IV = critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM-IV ; DSM-IV adapté substance = critères diagnostiques de la dépendance aux substances selon le DSM-IV adaptés au jeu pathologique ; JP = Jeu Pathologique ; SOGS = South Oaks Gambling Screen.

Références

- Auriacombe, M., Denis, C., Lavie, E., Fatséas, M., Franques-Rénéric, P., Daulouède, J.P., et al., 2004. Experience with the Addiction Severity Index in France. A descriptive report of training and adaptation to tobacco and non-substance-addictive behaviors 66th College on Problems of Drug Dependence. San Juan, Porto Rico.
- Bosc, E., Fatséas, M., Alexandre, J.M., Auriacombe, M., 2012. Similitudes et différences entre le jeu pathologique et la dépendance aux substances : qu'en est-il ? *Encéphale* doi : [10.1016/j.encep.2012.02.004](https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.02.004) (in press).
- Denis, C., Fatséas, M., Auriacombe, M., 2012. Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders : 3. An assessment of Pathological Gambling criteria. *Drug Alcohol Depend.* 122, 22–27.
- Denis, C., Fatséas, M., Beltran, V., Daulouède, J.P., Auriacombe, M., 2009. Use of the Addiction Severity Index in France : experience and presentation of the French modified version. *Université Victor segalen, Bordeaux*, p.2.
- Fatséas, M., Guérin, A., Auriacombe, M., 2008. Nouvelle révision du DSM en préparation : quels enjeux pour les addictions ? *Le courrier des addictions* 10, 3–4.
- Frascella, J., Potenza, M.N., Brown, L.L., Childress, A.R., 2010. Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions : carving addiction at a new joint ? *Annals New York Academy of Sciences* 1187, 294–315.
- Petry, N.M., 2006. Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling ? *Addiction* 101 (Suppl. 1), 152–160.
- Potenza, M.N., 2008. Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction : an overview and new findings. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 363, 3181–3189.
- Velea, D., 2009. Le jeu pathologique, une addiction sans drogue. *Soins Psychiatriques* 262, 26–30.

CHAPITRE 21

Place des facteurs génétiques dans la vulnérabilité au jeu pathologique

A. Versini, N. Ramoz, P. Gorwood

Le jeu pathologique est un trouble du comportement impliquant des facteurs de vulnérabilité divers, socioculturels, psychologiques, familiaux et physiologiques. Parmi ces nombreux facteurs, plusieurs études mettent en évidence des facteurs génétiques de susceptibilité.

Études d'agrégation familiale et études de jumeaux – Estimation de l'héritabilité

Les études d'agrégation familiale consistent à observer si la maladie est plus fréquente chez les apparentés d'un sujet atteint, par rapport aux apparentés d'un sujet non atteint (Gorwood et al., 1999). Elles montrent que le fait d'avoir un apparenté au premier degré atteint de jeu pathologique augmente de 3 à 5 fois le risque de devenir joueur pathologique (Gambino et al., 1993; Black et al., 2006; Versini et al., 2012). Les études de jumeaux apportent des informations supplémentaires, en permettant d'estimer le poids des facteurs environnementaux et génétiques dans la maladie. Un excès de concordance chez les jumeaux monozygotes (MZ) par rapport aux dizygotes (DZ) est en faveur de l'implication de facteurs génétiques dans la maladie. Une étude, portant sur une large cohorte de jumeaux masculins, montre que les facteurs génétiques expliquent entre 35 % et 54 % de la vulnérabilité pour 5 des symptômes du comportement de jeu pathologique pris individuellement (Eisen et al., 1998). Le reste de la variance est

attribuable à l'environnement spécifique de l'individu (non familial). Une étude récente confirme ce résultat, avec une héritabilité autour de 49 %. Là encore, les 51 % restants de la variance sont attribuables aux facteurs environnementaux uniques ([Slutske et al., 2010](#)). Cette étude montre également qu'il n'y a pas de différence significative entre l'héritabilité du jeu pathologique chez les hommes et chez les femmes.

Études d'association de gènes candidats

L'identification des gènes impliqués dans le jeu pathologique n'en est qu'à ses débuts. À ce jour, seules huit études d'association cas-témoins et une étude familiale chez les joueurs pathologiques ont été publiées ([tableau 21.1](#)). Les gènes impliqués dans le système dopaminergique sont les plus étudiés ([Gorwood et al., 2012](#)). En effet, la dopamine est le neurotransmetteur majoritairement impliqué dans la perception cérébrale de l'effet de la récompense et pourrait avoir un rôle clé dans les addictions ([Goodman, 2008](#)). Une étude d'association cas-témoins et une étude familiale montrent que le gène *DRD1* du récepteur de la dopamine D1 est associé au jeu pathologique ([Comings et al., 1997](#); [da Silva Lobo et al., 2007](#)). Une étude coréenne ne confirme néanmoins pas ce résultat ([Lim et al., 2011](#)), soulignant l'importance de prendre en compte l'origine ethnique des populations étudiées. Une association entre le jeu pathologique et l'allèle Taq-A1 a été publiée, indiquant que le polymorphisme est situé dans le gène *ANKK1* dont nous avons montré qu'il codait pour la protéine X-Kinase ([Dubertret et al., 2004](#)). Ce gène est contigu au gène *DRD2* ([Comings et al., 1996](#)). Néanmoins, d'autres travaux ne confirment pas cette association chez les joueurs pathologiques ([da Silva Lobo et al., 2007](#); [Lim et al., 2011](#)). L'allèle 7 répétitions du gène *DRD4* du récepteur de la dopamine D4, localisé dans l'exon III du gène, est un polymorphisme fonctionnel conduisant à une plus faible affinité pour la dopamine. Il a été observé plus fréquemment chez les joueurs pathologiques que chez des joueurs contrôles ([Perez de Castro et al., 1997](#); [Comings et al., 1999](#)), mais pas toujours ([da Silva Lobo et al., 2007](#); [Lim et al., 2011](#)). À l'heure actuelle, les études n'ont pas mis en évidence d'association entre le jeu pathologique et les gènes *DRD3*, *DRD5* et *DAT1* ([da Silva Lobo et al., 2007](#); [Lim et al., 2011](#)).

D'autres travaux ont montré un déficit du contrôle de l'impulsivité chez les joueurs pathologiques, suggérant l'implication du système sérotoninergique ([Leeman et Potenza, 2012](#)). Il semble que l'allèle court du polymorphisme 5HTTLPR du gène codant pour le transporteur de la sérotonine soit significativement plus fréquent chez les joueurs pathologiques masculins que chez les contrôles ([Perez de Castro et al., 1999](#)). Des études ont montré que les joueurs pathologiques avaient des anomalies cognitives, notamment pour la prise de décision en situation émotionnelle, évaluée par l'Iowa Gambling Task ([Goudriaan et al., 2005](#); [Linnet et al., 2011](#)). Les performances à cette tâche ont été associées à l'allèle court dans le promoteur du gène du transporteur de la sérotonine ([He et al., 2010](#); [Stoltenberg et Vandever, 2010](#)) mais ces résultats restent néanmoins controversés ([Juhász et al., 2010](#)).

TABLEAU 21.1. Tableau de synthèse.

Polymorphismes	Population	Résultats	Auteurs
DRD1 rs4532 (DdeI; -48A/G)	163 PG vs 124 C (Caucasiens, non Hispaniques)	Association	Comings et al., 1997
	104 PG vs 114 C (Coréens, hommes)	Pas d'association	Lim et al., 2011
DRD1 -800T/C	140 PG vs 140 non PG siblings	Association	Da Silva Lobo, 2007
DRD2 TaqIA (rs1800497)	171 PG vs 714 C (Caucasiens, non Hispaniques)	Association	Comings et al., 1996
	140 PG vs 140 non PG siblings	Pas d'association	Da Silva Lobo et al., 2007
	104 PG vs 114 C (Coréens, hommes)	Pas d'association	Lim, 2011
DRD3 ser9gly	140 PG vs 140 non PG siblings	Pas d'association	Da Silva Lobo, 2007
	104 PG vs 114 C (Coréens, hommes)	Pas d'association	Lim et al., 2011
DRD4 exon III	68 PG vs 68 C (Caucasiens)	Association chez les femmes	Perez de Castro et al., 1997
	165 PG vs 737 C	Association	Comings et al., 1999
	140 PG vs 140 non PG siblings	Pas d'association	Da Silva Lobo et al., 2007
	104 PG vs 114 C (Coréens, hommes)	Pas d'association	Lim et al., 2011
DRD5 CA repeat	140 PG vs 140 non PG siblings	Pas d'association	Da Silva Lobo et al., 2007
DAT1	140 PG vs 140 non PG siblings	Pas d'association	Da Silva Lobo, 2007
5HTT LPR	68 PG vs 68 C (Caucasiens)	Association chez les hommes	Perez de Castro et al., 1999
MAOA intron 1	68 PG vs 68 C (Caucasiens)	Association pour les formes sévères chez les hommes	Ibanez et al., 2000
MAOA promoteur	68 PG vs 68 C (Caucasiens)	Association chez les hommes	Perez de Castro et al., 2002
MAOB intron 2	68 PG vs 68 C (Caucasiens)	Pas d'association	Ibanez et al., 2000

Enfin, deux études ont mis en évidence une association entre des polymorphismes du gène MAOA, dans les formes sévères de jeu pathologique chez les hommes (Ibanez et al., 2000; Perez de Castro et al., 2002).

Limites et perspectives

À ce jour, même si certaines pistes semblent intéressantes, la plupart des études d'association portant sur le jeu pathologique se révèlent négatives et divergentes. Plusieurs raisons peuvent être évoquées. Premièrement, la plupart de ces études manquent de puissance statistique, en raison d'effectifs trop modestes; des efforts doivent donc être fournis pour développer de larges cohortes. De plus, à notre connaissance, hormis une étude (da Silva Lobo et al., 2007), les études d'association chez les joueurs pathologiques sont des études cas-témoins. Elles sont donc, contrairement aux études familiales, sensibles aux biais de stratification, et peuvent générer des faux-positifs (Ramoz et Gorwood, 2007). Enfin, il demeure difficile d'identifier les gènes impliqués dans le jeu pathologique car les études génétiques ont été effectuées sur des groupes de patients hétérogènes. Afin d'obtenir des sous-groupes plus homogènes cliniquement et donc vraisemblablement plus homogènes génétiquement, deux stratégies sont envisageables : une stratégie symptômes-candidats et une stratégie endophénotypique. Deuxièmement, ces études de gènes candidats sont fondées sur des hypothèses *a priori*. Le développement d'études de liaison permettrait d'identifier des régions d'intérêts, et donc de révéler d'autres gènes de vulnérabilité. Les progrès récents en génétique moléculaire permettent désormais de réaliser un criblage du génome entier sans hypothèse *a priori*. Enfin, nous pouvons également mentionner que la plupart de ces études ne testent pas la présence d'interactions épistatiques, et ne prennent pas en compte l'interaction gène \times environnement (G \times E) et l'épigénétique (Dubertret et Gorwood, 2007).

En conclusion, des efforts doivent être fournis pour faire progresser les études génétiques, incluant un plus grand nombre de sujets et prenant en compte l'hétérogénéité clinique, afin de mieux comprendre l'étiologie de cette maladie, et à long terme, développer des traitements médicamenteux efficaces.

Références

- Black, D.W., Monahan, P.O., Temkit, M., Shaw, M., 2006. A family study of pathological gambling. *Psychiatry Research* 30, 295–303.
- Comings, D.E., Gade, R., Wu, S., Chiu, C., Dietz, G., Muhleman, D., et al., 1997. Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. *Mol. Psychiatry* 2, 44–56.
- Comings, D.E., Rosenthal, R.J., Lesieur, H.R., Rugle, L.J., Muhleman, D., Chiu, C., et al., 1996. A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics* 6, 223–234.
- Comings, D.E., Gonzalez, N., Wu, S., Gade, R., Muhleman, D., Saucier, G., 1999. Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviors : Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *American Journal of Medicine Genetics* 20, 358–368.

- da Silva Lobo, D.S., Vallada, H.P., Knight, J., Martins, S.S., Tavares, H., et al., 2007. Dopamine genes and pathological gambling in discordant sib-pairs. *J. Gambl. Stud.* 23, 421–433.
- Dubertret, C., Gouya, L., Hanoun, N., Deybach, J.C., Adès, J., Hamon, M., et al., 2004. The 3' region of the DRD2 gene is involved in genetic susceptibility to schizophrenia. *Schizophr. Res.* 67, 75–85.
- Dubertret, C., Gorwood, P., 2007. Interaction Gène - Environnement en psychiatrie. In : Guelfi, J.-D., Rouillon, F. (Eds.), *Manuel de Psychiatrie*. Elsevier Masson, Paris, France, pp. 91–97.
- Eisen, S.A., Lin, N., Lyons, M.J., et al., 1998. Familial influences on gambling behavior : An analysis of 3359 twin pairs. *Addiction* 93, 1375–1384.
- Gambino, B., Fitzgerald, R., Shaffer, H., Renner, J., Courtage, P., 1993. Perceived family history of problem gamblers and scores on SOGS. *J. Gambl. Stud.* 9, 169–184.
- Goodman, A., 2008. Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochemistry and Pharmacology* 75, 266–322.
- Gorwood, P., Feingold, J., Adès, J., 1999. Épidémiologie génétique et psychiatrie (I) : portées et limites des études de concentration familiale. Exemple du trouble panique. *L'Encéphale* XXV, 21–29.
- Gorwood, P., Le Strat, Y., Ramoz, N., Dubertret, C., Moalic, J.M., Simonneau, M., 2012. Genetics of Dopamine Receptors and Drug Addiction. *Hum. Genet.* 131 (6), 803–822.
- Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., de Beurs, E., van den Brink, W., 2005. Decision making in pathological gambling : a comparison between pathological gamblers, alcohol dependents, persons with Tourette syndrome, and normal controls. *Brain Research Cognition and Brain Research* 23, 137–151.
- He, Q., Xue, G., Chen, C., Lu, Z., Dong, Q., Lei, X., et al., 2010. Serotonin transporter gene-linked polymorphic region (5-HTTLPR) influences decision making under ambiguity and risk in a large Chinese sample. *Neuropharmacology* 59, 518–526.
- Ibanez, A., Perez de Castro, I., Fernandez-Piqueras, J., Blanco, C., Saiz-Ruiz, J., 2000. Genetic association study between pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. *Mol. Psychiatry* 20, 105–109.
- Juhász, G., Downey, D., Hinest, N., Thomas, E., Chase, D., Toth, Z.G., 2010. Risk-taking behavior in a gambling task associated with variations in the tryptophan hydroxylase 2 gene : relevance to psychiatric disorders. *Neuropharmacology* 35, 1109–1119.
- Leeman, R.F., Potenza, M.N., 2012. Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders : a focus on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology* 219 (2), 469–490.
- Lim, S., Ha, J., Choi, S.W., Kang, S.G., Shin, Y.C., 2011. Association Study on Pathological Gambling and Polymorphisms of Dopamine D1, D2, D3, and D4 Receptor Genes in a Korean Population. *J. Gambl. Stud.*, online first, 19 August 2011.
- Linnet, J., Møller, A., Peterson, E., Gjedde, A., Doudet, D., 2011. Inverse association between dopaminergic neurotransmission and Iowa Gambling Task performance in pathological gamblers and healthy controls. *Scand. J. Psychol.* 52, 28–34.
- Perez de Castro, I., Ibanez, A., Saiz-Ruiz, J., Fernandez-Piqueras, J., 1999. Genetic contribution to pathological gambling : Association between a functional DNA polymorphism at the serotonin transporter gene (5-HTT) and affected males. *Pharmacogenetics* 9, 397–400.
- Perez de Castro, I., Ibanez, A., Torres, P., Saiz-Ruiz, J., Fernandez-Piqueras, J., 1997. Genetic association study between pathological gambling and a functional DNA polymorphism at the D4 receptor. *Pharmacogenetics* 7, 345–348.
- Perez de Castro, I., Ibanez, A., Saiz-Ruiz, J., Fernandez-Piqueras, J., 2002. Concurrent positive association between Pathological Gambling and functional DNA polymorphisms at the MAO-A and the 5-HT transporter genes. *Mol. Psychiatry* 7, 927–928.

- Ramoz, N., Gorwood, P., 2007. Neurobehavioral genetics : The role of association studies in psychiatric disorders. In : Jones, B., Mormède, P. (Eds.), *Neurobehavioral Genetics : Methods and Applications*. CRC Press, pp. 169–182.
- Slutske, W.S., Zhu, G., Meier, M.H., Martin, N.G., 2010. Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Archives Genetic Psychiatry* 67, 624–630.
- Stoltenberg, S.F., Vandever, J.M., 2010. Gender moderates the association between 5-HTT-LPR and decision-making under ambiguity but not under risk. *Neuropharmacology* 58, 423–428.
- Versini, A., LeGauffre, C., Romo, L., Adès, J., Gorwood, P., 2012. Frequency of gambling problems among parents of pathological gamblers, versus non-pathological, Casino gamblers using slot-machines. *American Journal of Addiction* 21, 86–95.

CHAPITRE 22

Jeu pathologique et neurobiologie

F. Garcia, H. Delavenne, F. Thibaut

Introduction

Le jeu pathologique fait toujours l'objet de débat dans la littérature au sujet de sa classification parmi les addictions, parmi les troubles du contrôle des impulsions ou parmi les troubles obsessionnels-compulsifs. La compréhension de la neurobiologie du jeu pathologique contribue à la classification de ce trouble au sein des troubles mentaux. Dans ce chapitre, nous ferons une revue de la littérature portant sur le rôle des différents neurotransmetteurs dans le jeu pathologique ainsi qu'une description des circuits cérébraux potentiellement impliqués.

Les neurotransmetteurs

Noradrénaline

La noradrénaline a été étudiée dans le jeu pathologique dès les années 1980. L'activation du système sympathique, marquée par une hausse de la fréquence cardiaque et des modifications d'autres indicateurs physiques, est présente chez les joueurs et apparaît plus prononcée chez les joueurs pathologiques (Meyer et al., 2004). Par ailleurs, des études retrouvent des concentrations de noradrénaline ou de ses métabolites plus élevées dans le sang, les urines et le liquide céphalo-rachidien chez des joueurs pathologiques par rapport à une population témoin (Roy et al., 1988). La noradrénaline semble donc avoir un rôle important dans la stimulation et l'excitation lors des situations de jeu.

La noradrénaline, en tant que neurotransmetteur cérébral, intervient en outre dans les comportements impulsifs et dans les circuits cérébraux de l'attention et de la concentration, comme par exemple le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité et le jeu pathologique (Arnsten, 2006). Des médicaments influençant le système noradrénergique, capables d'influencer l'activité du cortex préfrontal pourraient modifier certains aspects du mécanisme de contrôle des impulsions. Ces médicaments auraient potentiellement un intérêt dans le traitement du jeu pathologique (Potenza, 2008).

Sérotonine

La sérotonine est aussi un neurotransmetteur impliqué dans le contrôle de l'impulsivité. Les joueurs pathologiques, comme d'autres patients souffrant de troubles du contrôle des impulsions, présentent une diminution de la concentration du métabolite de la sérotonine, l'acide 5 hydroxy-indolacétique, dans le liquide céphalo-rachidien (Nordin et Eklundh, 1999).

L'administration de méta-chlorophényl pipérazine (m-CPP), un agent agoniste sérotoninergique, entraîne un effet euphorisant chez les joueurs pathologiques. Cet effet est observé dans d'autres populations de patients atteints d'addiction, mais pas dans les populations témoins (Potenza et Hollander, 2002).

Les médicaments stimulant la fonction sérotoninergique, comme les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), sont envisagés comme des pistes de traitement pour les joueurs pathologiques et présentés dans un autre chapitre.

Dopamine

La dopamine est un neurotransmetteur impliqué, entre autres, dans les mécanismes de récompense et de renforcement liés aux addictions (Nestler, 2004). L'un des contextes cliniques suggérant l'implication de la dopamine dans la physiopathologie du jeu pathologique est la maladie de Parkinson. Cette maladie est caractérisée par un dysfonctionnement du système dopaminergique cérébral et les sujets parkinsoniens sont plus à risque de développer secondairement des troubles du contrôle des impulsions, dont le jeu pathologique, en raison du traitement dopaminomimétique prescrit (Jellinger, 1991; Potenza et al., 2007; Voon et al., 2007).

Opiacés

Les endorphines cérébrales sont impliquées dans les mécanismes de plaisir et de récompense. Le système des endorphines, par la voie méso-limbique, semble jouer un rôle important dans les addictions (Spanagel et al., 1992). A partir de l'efficacité de certaines molécules antagonistes opiacées, comme la naltrexone et le nalméfène, dans les dépendances à l'alcool, des recherches se sont développées dans le domaine du jeu pathologique.

Glutamate

Le glutamate joue un rôle dans les processus cérébraux de la motivation et dans les addictions (Kalivas et Volkow, 2005). La N-acétylcystéine, un modulateur glutaminergique, a été étudiée dans le traitement du jeu pathologique (Grant et al., 2007). Dans cette étude menée en ouvert, les symptômes du jeu pathologique ont été améliorés de façon significative ; dans un second temps, le passage à une étude en double aveugle a confirmé que cette efficacité se maintenait pour 80 % des patients traités. Le glutamate semble être une piste prometteuse de compréhension de la physiopathologie et du traitement du jeu pathologique.

Les circuits cérébraux

Les études des circuits cérébraux impliqués dans le jeu pathologique et dans les addictions avec produit ont retrouvé des similitudes. Le *craving* présent dans les dépendances à des substances psycho-actives et dans les dépendances comportementales a été associé à une augmentation de l'activation de la région ventrale du striatum et à une diminution de l'activation de la région frontale du striatum (Potenza, 2008). Une étude réalisée chez des joueurs pathologiques retrouve les mêmes modifications des activations des circuits cérébraux lors du *craving* pour le jeu (Reuter et al., 2005).

Conclusion et perspectives

Les joueurs pathologiques partagent avec les autres sujets présentant une addiction aux produits de nombreuses parentés, y compris sur le plan neurobiologique. Ces données semblent valider le rattachement du jeu pathologique au spectre nosographique des troubles addictifs. D'autres études comparant les joueurs pathologiques et les autres sujets « addicts » sont nécessaires pour mieux comprendre le jeu pathologique et développer des traitements innovants.

Références

- Arnsten, A.F., 2006. Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder : circuits and pathways. *J. clin. Psychiatry* 67 (Suppl. 8), 7–12.
- Grant, J.E., Kim, S.W., et al., 2007. N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling : a pilot study. *Biol. Psychiatry* 62, 652–657.
- Jellinger, K.A., 1991. Pathology of Parkinson's disease. Changes other than the nigrostriatal pathway. *Molecular Chemistry and Neuropathology* 14, 153–197.
- Kalivas, P.W., Volkow, N.D., 2005. The neural basis of addiction : a pathology of motivation and choice. *Am. J. Psychiatry* 162, 1403–1413.
- Meyer, G., Schwertfeger, J., et al., 2004. Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers. *Psychoneuroendocrinology* 29, 1272–1280.
- Nestler, E.J., 2004. Molecular mechanisms of drug addiction. *Neuropharmacology* 47 (Suppl. 1), 24–32.
- Nordin, C., Eklundh, T., 1999. Altered CSF 5-HIAA Disposition in pathologic male gamblers. *CNS Spectr.* 4, 25–33.

- Potenza, M.N., 2008. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction : an overview and new findings. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 363, 3181–3189.
- Potenza, M.N., Hollander, E., 2002. Pathological Gambling and Impulse Control Disorders. In : Davis, K.L., Charney, D., Coyle, J.T., Nemeroff, C. (Eds.), *Neuropsychopharmacology : The 5th Generation of Progress*. Lippincott-Zilliams and Wilkins, Baltimore, MD, pp. 1725–1741.
- Potenza, M.N., Voon, V., et al., 2007. Drug Insight : impulse control disorders and dopamine therapies in Parkinson's disease. *Nat. Clin. Pract. Neurol.* 3, 664–672.
- Reuter, J.T., Raedler, et al., 2005. Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nat. Neurosci.* 8, 147–148.
- Roy, A., Adinoff, B., et al., 1988. Pathological gambling. A psychobiological study. *Archives of Genetic Psychiatry* 45, 369–373.
- Spanagel, R., Herz, A., et al., 1992. Opposing tonically active endogenous opioid systems modulate the mesolimbic dopaminergic pathway. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 89, 2046–2050.
- Voon, V., Thomsen, T., et al., 2007. Factors associated with dopaminergic drug-related pathological gambling in Parkinson disease. *Arch. Neurol.* 64, 212–216.

CHAPITRE 23

Jeu pathologique : apport des sciences cognitives et de l'imagerie fonctionnelle

S. Achab, M. Nicolier, Y. Khazaal, D. Zullino, E. Haffen

Introduction

Conceptuellement, le jeu pathologique (JP) peut être considéré comme un trouble catégoriel ou comme une entité se situant sur un continuum de l'engagement dans le jeu de hasard et d'argent. Plusieurs modèles théoriques ont tenté d'expliquer le jeu pathologique. Le modèle cognitif ([Ladouceur et Walker, 1996](#); [Sharpe et Tarrier, 1993](#)), a servi de point de départ à nombre d'études ces dernières décennies, dans une recherche qualitative de similitudes et de différences entre le joueur social et le joueur pathologique. Des caractéristiques communes (cliniques, cognitives, neurobiologiques et ces dernières années de neuro-imagerie fonctionnelle) avec certains troubles addictifs ont amené à proposer sa reclassification parmi les troubles addictifs dans la prochaine cinquième version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM-V) ([Bowden-Jones et Clark, 2011](#)). Outre la dualité diagnostique dimensionnelle ou catégorielle, et l'éthiopathogénie non encore clairement établie, le trouble semble toucher trois sous-groupes distincts d'individus : (1) sans facteur de vulnérabilité prédisposant, (2) avec une prédisposition à la dépression et à l'anxiété, et (3) avec des tendances impulsives et antisociales ([Blaszczynski et Nower, 2002](#)).

Apport des sciences cognitives

Outre l'attrait économique du jeu, des facteurs cognitifs et émotionnels constituent des motivations et des facteurs de renforcement ([Clark, 2010](#)).

L'imprédictibilité du gain d'argent conduit à un maintien du jeu, d'autant plus qu'elle est couplée avec des facteurs de conditionnement pavlovien physiologiques internes (comme l'excitation pendant la phase de jeu) et environnementaux externes (bruits de pièces, lumières pendant les gains...). Cet apprentissage émotionnel est complété par le renforcement négatif qui consiste en un soulagement par le jeu d'états anxieux, de dysphorie ou d'ennui (Blaszczynski et Nower, 2002).

L'approche cognitive du jeu a tenté de mettre en évidence le contenu des pensées du joueur pendant des séquences de jeu en conditions réelles grâce à la procédure de la pensée à voix haute (Gaboury et Ladouceur, 1989), ainsi que les mécanismes de prise de décision par différentes tâches de jeu en laboratoire (simulation de machines à sous, de black-jack, de roulette; ou de tâches de jeux de cartes simulant la prise de décision en situation d'incertitude comme l'Iowa Gambling Task [IGT]).

L'être humain est peu doué pour prédire des événements probables sans risque élevé d'erreurs (Gigerenzer, 2002). Cela peut être en lien avec l'existence de distorsions cognitives chez tous les joueurs, comme l'illusion de contrôle (Langer, 1975; Thompson et al., 1998), et la non-reconnaissance de l'indépendance des tours (Ladouceur et Walker, 1996). Ces erreurs cognitives seraient exacerbées chez les joueurs problématiques et seraient utilisées pour justifier la poursuite du jeu (Ladouceur et Walker, 1996). La prise de décision en situation d'incertitude a été étudiée par l'IGT (Vander Linden et al., 2006). Les sujets sont invités à choisir des cartes parmi 4 tas (A, B, C, D) permettant de gagner ou de perdre une somme hypothétique d'argent. Les sujets ignorent que les tas A et B correspondent à des choix risqués permettant de gros gains mais de grosses pertes également; et que les tas C et D correspondent à des choix permettant des gains modestes mais des pertes également faibles. Les sujets sains développent le long des 100 choix une préférence pour les tas les moins risqués contrairement aux joueurs pathologiques (Petry, 2001; Cavedini et al., 2002; Goudriaan et al., 2004; Black et al., 2007; Roca, 2008).

Si l'apport des sciences cognitives est indéniable pour expliquer comment le jeu peut devenir excessif, les études cognitives comparant les joueurs problématiques aux joueurs non problématiques restent peu nombreuses (Clark, 2010).

Apport de l'imagerie fonctionnelle

La recherche neuropsychologique du jeu pathologique est depuis quelques années soutenue et complétée par quelques études de neuro-imagerie, dans une tentative de mettre à jour les substrats neuronaux sous-tendant les processus cognitifs en jeu dans ce trouble (Bowden-Jones, Clark, 2011).

L'exploration du circuit de la récompense comme facteur-clé du conditionnement comportemental dans deux études morpho-fonctionnelles (Reuter et al., 2005; de Ruiter et Michiel, 2009) a montré l'existence chez les joueurs pathologiques d'un émoussement de la réponse aux gains et aux pertes monétaires lors d'une tâche de jeu, comparativement aux sujets contrôles (moindre activa-

tion du cortex striatal ventral et du cortex préfrontal ventromédial [VMPFC]) (Miedl et al., 2010). Le rôle de cet émoussement comme cause ou conséquence du jeu pathologique et ses répercussions cliniques restent à éclaircir (van Holst et al., 2010).

Les quelques études d'IRMf sur le *craving* au jeu comme facteur de rechute ont abouti à des résultats divergents, en partie en raison de paradigmes différents et de la non-spécificité des stimuli pour tous les types de jeux d'argent (van Holst et al., 2010). Une plus grande activation cérébrale chez les joueurs pathologiques par rapport aux sujets contrôles ou des joueurs réguliers, au niveau du cortex préfrontal, des régions para-hippocampales et du cortex occipital a été mise en évidence par trois études (Miedl et al., 2010; van Holst et al., 2010; Crockford et al., 2005); alors qu'une autre étude retrouvait une moindre activité cérébrale (Potenza et al., 2003a).

L'impulsivité comme facteur de risque d'addiction et de jeu pathologique a été étudiée par une seule étude de neuro-imagerie fonctionnelle. En effet, comparativement à des sujets contrôles, les joueurs pathologiques ont montré une moindre activation cérébrale au niveau de la partie moyenne gauche et supérieure du gyrus frontal lors d'une tâche d'inhibition de réponse automatique (Potenza et al., 2003b).

Les joueurs pathologiques ont tendance à préférer les prises de décision à haut risque en ignorant les conséquences à long terme (les gros gains immédiats sont préférés aux petits gains retardés, au risque d'essayer des pertes importantes), comparativement aux sujets sains. Cela a été mis en évidence par une étude IRMf utilisant l'IGT, qui a montré en outre une hyper activation du circuit de la récompense (le cortex orbito-frontal, le noyau caudé et l'amygdale) durant cette tâche (Power et al., 2011).

Conclusion

Des différences au niveau des processus cognitifs entre joueurs pathologiques et non pathologiques - selon une vision catégorielle du trouble - ont été mises en évidence, corroborées par la récente recherche neuro-anatomo-fonctionnelle. Il est important toutefois de pointer que ces études sont encore peu nombreuses et portent sur de petits échantillons de participants. De plus certains résultats semblent contradictoires. L'existence de sous-groupes de joueurs pathologiques mise en avant par certains auteurs, suggère la nécessité de prendre en compte cette hétérogénéité dans les futures études scientifiques ainsi que dans les prises en charge thérapeutiques (Blaszczynski et Nower, 2002).

Références

- Black, D.W., Arndt, S., Coryell, W.H., et al., 2007. Bupropion in the treatment of pathological gambling : a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *J. Clin. Psychopharmacol.* 27, 143–150.
- Blaszczynski, A., Nower, L., 2002. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 97, 487–499.
- Bowden-Jones, H., Clark, L., 2011. Pathological gambling : a neurobiological and clinical update. *Br. J. Psychiatry* 199, 87–89.

- Cavedini, P., Riboldi, G., Keller, R., et al., 2002. Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients. *Biol. Psychiatry* 51, 334–341.
- Clark, L., 2010. Decision-making during gambling : an integration of cognitive and psychological approaches. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. Biol. Sci.* 365, 319–330.
- Crockford, D.N., Goodyear, B., Edwards, J., et al., 2005. Cue-induced brain activity in pathological gamblers. *Biol. Psychiatry* 58, 787–795.
- Gaboury, A., Ladouceur, R., 1989. Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality* 4, 411–420.
- Gigerenzer, G., 2002. *Reckoning with risk : learning to live with uncertainty*. Penguin, London.
- Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., de Beurs, E., et al., 2004. Pathological gambling : a comprehensive review of biobehavioral findings. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 28, 123–141.
- van Holst, R.J., van den Brink, W., Veltman, D.J., et al., 2010. Why gamblers fail to win : a review of cognitive and neuroimaging findings in pathological gambling. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 34, 87–107.
- Ladouceur, R., Walker, M., 1996. A cognitive perspective on gambling. In : Salkovskis, P.M. (Ed.), *Trends in cognitive and behavioural therapies*. Wiley, Chichester.
- Langer, E., 1975. The illusion of control. *J. Pers. Soc. Psychol.* 32, 311–328.
- Miedl, S.F., Fehr, T., Meyer, G., et al., 2010. Neurobiological correlates of problem gambling in a quasi-realistic blackjack scenario as revealed by fMRI. *Psychiatry Res.* 181, 165–173.
- Petry, N.M., 2001. Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug Alcohol Depend.* 63, 29–38.
- Potenza, M.N., Steinberg, M.A., Skudlarski, P., et al., 2003a. Gambling urges in pathological gambling : a functional magnetic resonance imaging study. *Archives Genetic of Psychiatry* 60, 828–836.
- Potenza, M.N., Leung, H.C., Blumberg, H.P., et al., 2003b. An FMRI Stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers. *Am. J. Psychiatry* 160, 1990–1994.
- Power, Y., Goodyear, B., Crockford, D., 2011. Neural Correlates of Pathological Gamblers Preference for Immediate Rewards During the Iowa Gambling Task : An fMRI Study. *J. Gamb. Stud.*, in press.
- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., et al., 2005. Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nat. Neurosci.* 8, 147–148.
- Roca, M., Torralva, T., López, P., et al., 2008. Executive functions in pathologic gamblers selected in an ecologic setting. *Cogn. Behav. Neurol.* 21, 1–4.
- de Ruiter, M.B., Michiel, B., 2009. Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punishment in male problem gamblers and smokers. *Neuropsychopharmacology* 34, 1027–1038.
- Sharpe, L., Tarrier, N., 1993. Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *Br. J. Psychiatry* 162, 407–412.
- Thompson, S.C., Armstrong, W., Thomas, C., 1998. Illusions of control, underestimations, and accuracy : a control heuristic explanation. *Psychology Bulletin* 123, 143–161.
- Van der Linden, M., d'Acremont, M., Zermatten, A., et al., 2006. A French Adaptation of the UPPS Impulsive Behavior Scale : confirmatory factor analysis in a sample of undergraduate students. *European Journal of Psychological Assessment* 22, 38–42.

CHAPITRE 24

Jeu pathologique et approche neuroéconomique

T. Mauras, M.A. Gorsane, F. Meyniel

Introduction

À première vue, un chapitre traitant de neuroéconomie dans un ouvrage sur le jeu pathologique peut surprendre. Pourtant la théorie économique s'applique à tout individu qui doit prendre des décisions : privilégier une possibilité entre plusieurs, en fonction de ses croyances et de ses préférences. Un premier niveau de choix est celui des sociétés, où s'opèrent les interactions entre agents économiques. Les sciences économiques en ont classiquement fait leur sujet d'étude et ont élaboré de nombreux modèles pour en rendre compte. Les trois autres niveaux sont d'ordre individuel et concernent le comportement d'un sujet, ses états mentaux et enfin son activité cérébrale. Pris au sens strict, le comportement est ce qui est observable et historiquement le plus facilement étudiable. Les états mentaux sont du ressort des expériences de psychologie expérimentale au sens large et de psycho-économie. Les croyances et les représentations du monde interne et externe d'un individu sont des exemples d'états mentaux. Les croyances peuvent être réactualisées au cours du temps grâce à différents mécanismes d'apprentissage. Les émotions sont également des états mentaux dont la définition, bien que subjectivement évidente, reste discutée. Les neurosciences cognitives tentent de rapprocher la description des processus mentaux étudiés par la psychologie de leur implémentation dans le cerveau. Les différents signaux cérébraux enregistrés par des techniques des neurosciences, comme l'IRM fonctionnelle, permettent d'étudier les modifications du fonctionnement cérébral associées aux états mentaux manipulés par une procédure expérimentale. La neuroéconomie tente plus spécifiquement de faire un pont

entre les signaux cérébraux et les états mentaux impliqués dans les contextes de choix. Pour ce faire, elle tente de réaliser un dialogue entre modèles économiques classiques du choix et l'observation de leurs corrélats neuronaux chez le sujet sain ou souffrant d'une pathologie supposée entraver ce choix, comme dans le jeu pathologique (Kable et Glimcher 2009). C'est donc une double approche, descendante, provenant des modèles économiques, et inductive, issue de la clinique en suggérant de nouvelles variables explicatives.

Éléments de la théorie de la décision et des bases neurales associées

La théorie de la décision identifie plusieurs étapes dans le choix. Dans une situation donnée (exemple : être à la maison de la presse), nous sommes en possession d'informations diverses en provenance d'états internes (exemple : fièvre, tristesse) et externes (exemple : acheter un jeu de grattage ou juste le journal) pour pouvoir recenser les options de choix (exemple : jouer ou non). Puis, nous assignons une valeur (j'ai très envie de jouer ou je n'ai pas envie) et une probabilité d'occurrence (c'est peu probable que je gagne) à chaque option. Pour faire notre choix, nous comparons avec une même grandeur les options et sélectionnons l'option qui maximise cette grandeur, appelée utilité. L'utilité combine la valeur intrinsèque pour une option à la probabilité qu'elle se réalise. Les conséquences du choix réalisé sont ensuite évaluées; ce retour d'expérience permet d'optimiser chaque étape de la prise de décision pour les choix futurs : nous apprenons (Pessiglione et al., 2006). Dans les expériences de laboratoire, les conséquences des choix aboutissent généralement à des gains ou des pertes monétaires, et les choix du sujet correspondent à la maximisation de l'utilité, qui prend dans ce cas la forme simple d'un profit monétaire : les choix visent à gagner le plus d'argent en limitant les pertes. De nombreux résultats expérimentaux prouvent l'implication spécifique de certaines régions cérébrales à différentes étapes de la décision (Rangel et al., 2008). À titre d'exemple, le système d'attribution de la valeur serait composé du striatum ventral, du cortex orbito-frontal et du cortex cingulaire postérieur pour les situations appétitives (Schultz et al., 1997; Lebreton et al., 2009; Palminteri et al., 2012) et plutôt de l'amygdale pour les situations aversives (Paulus et al., 2003). Il existe au moins trois modulateurs de ce système de choix basé sur les préférences et qui pourraient être impliqués dans les pathologies addictives : l'évaluation du risque des différentes options, celui du délai entre action et récompense et enfin le contrôle cognitif.

L'évaluation du risque illustre bien le dialogue de la démarche en neuroéconomie. Économistes et cliniciens n'ont pas la même définition de ce concept. Dans le jeu pathologique, il correspond à un comportement pouvant avoir des conséquences négatives pour un individu. En économie, le risque ne caractérise pas une valence contrairement à la connotation négative du clinicien, mais correspond à l'incertitude associée gains/pertes possible. Dans la théorie économique, les agents sont supposés rationnels, en cela que leurs choix doivent refléter la stricte maximisation de l'utilité. Cependant, cette simple règle de choix ne

permet pas de rendre compte de la forte aversion au risque lors des jeux pouvant conduire à des pertes (Rabin, 2000). Ces écarts entre la rationalité supposée et le comportement peuvent être partiellement corrigés en adaptant un peu la théorie. L'utilité n'est plus calculée avec la probabilité et la valeur objectives, réelles des événements, mais avec une probabilité et une valeur déformées correspondant à la représentation que s'en fait le sujet : on parle de valeur et de probabilité subjectives (Kahneman et Tversky, 1979).

Délai entre action et récompense : une modélisation de l'impulsivité ?

Quotidiennement, un individu doit faire le choix entre des options dont le résultat peut être immédiat ou différé dans le temps, définissant le champ d'étude des choix intertemporaux. Typiquement, les récompenses futures sont dévaluées par le temps, définissant le processus dit de dévaluation par le délai (*delay discounting*). En d'autres termes, la valeur assignée à une option dépend aussi du délai que le sujet doit attendre pour obtenir sa récompense (exemple expérimental : choisir d'obtenir 1 euro maintenant ou 4 euros dans une semaine). La dévaluation par le délai est donc un moyen de caractériser l'impulsivité dont on connaît la structure composite. Un sujet sera dit d'autant plus impulsif qu'il dévalue fortement les récompenses différées. Le sujet souffrant d'addiction est habituellement caractérisé par une forte impulsivité. Différents paradigmes expérimentaux (exemple : Delay Discounting Task), mesurant la dévaluation temporelle chez ces patients en comparaison de sujets contrôles, retrouvent une dévaluation plus marquée chez les premiers : la valeur de l'option différée est très fortement dévaluée par le délai. Cet effet est retrouvé chez des patients abusifs (tabac, alcool, opiacés) mais aussi dans le jeu pathologique (Alessi, 2003). Bien que ces études ne permettent pas de statuer sur le lien unissant addiction et dévaluation par le délai (cause ou conséquence), certains arguments font penser qu'une dévaluation par le délai marquée serait un marqueur-trait (indépendant de l'évolution de la maladie) de ces patients, qui pourrait en partie être en lien avec un déterminisme génétique. À titre d'exemple, de nombreux travaux insistent sur les corrélations entre la dévaluation temporelle et le polymorphisme des gènes codant pour les récepteurs dopaminergiques D2 et D4 (Eisenberg et al., 2007). Ce cadre expérimental permet par ailleurs de tester l'effet du contexte sur l'addiction : un joueur pathologique est-il uniquement impulsif dans un contexte de jeu ou de manière générale ? Une étude intéressante chez les joueurs pathologiques montre une forte corrélation ($r = 0,88$, $p < 10^{-4}$) de la dévaluation par le délai entre une expérience de jeu et une expérience sans jeu (Dixon et al., 2006).

Les modifications des bases neurales sous-tendant la dévaluation par le délai sont au moins au nombre de trois : une altération des aires codant la représentation de la valeur, celles du contrôle cognitif et enfin une modification du système sous-tendant le voyage mental dans le temps. Concernant le système d'attribution de la valeur, l'activation du striatum ventral (Hariri et al., 2006)

et du cortex orbito-frontal (Boettiger et al., 2007) serait inversement corrélée à une forte dévaluation par le délai. Ces modifications pourraient rendre compte en partie des différences entre sujets contrôles et joueurs excessifs, mais également de la variabilité interindividuelle (Peters et Büchel, 2011). Pour le contrôle cognitif, il existerait une altération du cortex cingulaire antérieur et du cortex préfrontal latéral, aboutissant à une difficulté dans la résolution des situations conflictuelles (McClure et al., 2004). Pour le voyage dans le temps, se remémorer et anticiper les conséquences d'un choix seraient des opérations médiées par les mêmes structures limbiques et temporelles, dont la dysfonction aboutirait à des choix inadéquats (Peters et Büchel, 2010).

Conclusions

Étudier les addictions dans le cadre de la neuroéconomie permet de redécouvrir les descriptions cliniques à travers le prisme de modèles inédits jusqu'alors. Cette nouvelle perspective, outre d'être intellectuellement séduisante, se donne l'ambition d'explorer et surtout de tester de nouveaux concepts via des expériences de psychologie expérimentale. Nous avons vu, par exemple, que la notion composite d'impulsivité peut, en partie, être caractérisée par le processus la dévaluation par le délai. Ce nouvel abord ne fait pas (et ne doit pas faire) l'impasse sur les états mentaux qui, bien que complexes à étudier, correspondent au maillon entre cerveau et comportement, qui fait le plus sens dans la pratique. Relier directement des comportements à des signaux cérébraux est une ineptie pour la neuroéconomie, qui fait le pari que la subjectivité des choix, et donc des états mentaux, peut être étudiée.

Références

- Alessi, S., 2003. Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. *Behav. Processes* 64, 345–354.
- Boettiger, C.A., Mitchell, J.M., Tavares, V.C., Robertson, M., Joslyn, G., D'Esposito, M., et al., 2007. Immediate reward bias in humans : fronto-parietal networks and a role for the catechol-O-methyltransferase 158(Val/Val) genotype. *J. Neurosci.* 27, 14383–14391.
- Dixon, M.R., Jacobs, E.A., Sanders, S., 2006. Contextual Control of Delay Discounting by Pathological Gamblers. (Carr JE, ed.). *J. Appl. Behav. Anal.* 39, 413.
- Eisenberg, D.T.A., Mackillop, J., Modi, M., Beauchemin, J., Dang, D., Lisan, S.A., et al., 2007. Examining impulsivity as an endophenotype using a behavioral approach : a DRD2 TaqI A and DRD4 48-bp VNTR association study. *Behavioral and Brain Functions* 3, 2.
- Hariri, A.R., Brown, S.M., Williamson, D.E., Flory, J.D., de Wit, H., Manuck, S.B., 2006. Preference for immediate over delayed rewards is associated with magnitude of ventral striatal activity. *J. Neurosci.* 26, 13213–13217.
- Kable, J.W., Glimcher, P.W., 2009. The neurobiology of decision : consensus and controversy. *Neuron* 63, 733–745.
- Kahneman, D., Tversky, A., 1979. Prospect theory : an analysis of decision under risk. *Econometrica : Journal of the Econometric Society* 2, 263–291.

- Lebreton, M., Jorge, S., Michel, V., Thirion, B., Pessiglione, M., 2009. An automatic valuation system in the human brain : evidence from functional neuroimaging. *Neuron* 64, 431–439.
- McClure, S.M., Laibson, D.I., Loewenstein, G., et al., 2004. Separate neural systems value immediate and delayed monetary rewards. *Science* 306, 503–507.
- Palminteri, S., Clair, A.H., Mallet, L., Pessiglione, M., 2012. Similar Improvement of Reward and Punishment Learning by Serotonin Reuptake Inhibitors in Obsessive-Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry. Society of Biological Psychiatry*. Feb 10 (article in press).
- Paulus, M.P., Rogalsky, C., Simmons, A., Feinstein, J.S., Stein, M.B., 2003. Increased activation in the right insula during risk-taking decision making is related to harm avoidance and neuroticism. *Neuroimage* 19, 1439–1448.
- Pessiglione, M., Seymour, B., Flandin, G., Dolan, R.J., Frith, C.D., 2006. Dopamine-dependent prediction errors underpin reward-seeking behaviour in humans. *Nature* 442, 1042–1045.
- Peters, J., Büchel, C., 2010. Neural representations of subjective reward value. *Behav. Brain Res.* 213, 135–141.
- Peters, J., Büchel, C., 2011. The neural mechanisms of inter-temporal decision-making : understanding variability. *Trends Cogn. Sci.* 15, 227–239.
- Rabin, M., 2000. Risk Aversion and Expected-utility Theory : A Calibration Theorem. *Econometrica* 68, 1281–1292.
- Rangel, A., Camerer, C., Montague, P.R., 2008. A framework for studying the neurobiology of value-based decision making. *Nat. Rev. Neurosci.* 9, 545–556.
- Schultz, W., Dayan, P., Montague, P.R., 1997. A neural substrate of prediction and reward. *Science* 5306, 1593–1599.

CHAPITRE 25

Les approches psychodynamiques

I. Codina

En préambule de ce chapitre, il nous paraît indispensable de rappeler qu'en deçà des différentes réflexions conceptuelles et formes de prises en charge, la qualité de la relation avec le patient, l'alliance thérapeutique, priment avant tout.

Bien qu'il existe nombre d'écoles analytiques, l'optique de la psychanalyse n'est pas de donner des enseignements académiques ou magistraux. Elle n'est pas non plus de soigner ou de guérir. Elle s'appuie sur le discours des analysants, sur les associations libres, pour dégager des signifiants, dans le champ de la relation transférentielle. Un traitement analytique suppose qu'un sujet joueur considère le jeu comme part de son histoire. La recherche de sens peut faire chemin avec une disparition « par surcroît » ou une atténuation de son « symptôme ». Mais elle peut aussi constituer une illusion de guérison et empêcher ou reporter des mesures plus concrètes. Il est impossible ici de rendre compte de toutes les théorisations psychanalytiques du jeu pathologique, d'autant qu'à l'exception de Bergler, les cas décrits dans la littérature relèvent d'une expérience clinique peu solide.

Freud : Dostoïevski et le parricide

Ainsi donc, le texte psychanalytique le plus célèbre sur le jeu est un article de Freud, remontant à 1928, « Dostoïevski et le parricide ». Freud élimine d'emblée l'idée que l'appât du gain soit la cause du jeu. Dostoïevski est d'ailleurs très explicite sur ce point : il n'y a d'autre but que « le jeu pour le jeu ». Cette passion pathologique, selon Freud, a la fonction psychique d'une conduite d'auto-punition. Ainsi s'éclaire

la séquence répétitive, chez Dostoïevski, d'accès frénétiques et ruineux de jeu, puis de phases de remords, enfin de renouveau de la créativité littéraire.

Le but de l'analyse est donc de chercher en quoi ce besoin inconscient de se punir est fondé.

Freud établit un lien entre le besoin de punition et une origine pubertaire, dans le rapprochement des fantasmes oedipiens et la masturbation : « Le fantasme tient en ceci : la mère pourrait elle-même initier le jeune homme à la vie sexuelle pour le préserver des dangers redoutés de l'onanisme. Le " vice " de l'onanisme est remplacé par la passion du jeu : l'accent mis sur l'activité passionnée des mains révèle cette dérivation ».

Mais le sentiment inconscient de culpabilité de Dostoïevski provient aussi de l'ambivalence envers le père. Le parricide serait la clé de voûte de sa conduite masochiste. Les attaques d'épilepsie, le sentiment de mort imminente, comme le jeu, seraient la reproduction d'un scénario fantasmatique : meurtre du père et sentiment de triomphe, angoisse, culpabilité, auto-punition. La perte au jeu devient cette punition par l'entité paternelle : « Toute punition est bien dans son fond la castration... Le destin lui-même n'est en définitive qu'une projection ultérieure du père ».

Il nous semble important de retenir que ce texte propose, comme mécanisme profond de la conduite du joueur pathologique, une problématique qui est celle de l'intégration de la Loi.

Bergler : une régression orale

Bergler (1957) a pour but de cerner le sens profond de la conduite de jeu et de dresser un tableau des différents types de joueurs. Il donne une définition du joueur pathologique en s'appuyant sur six caractéristiques.

- Pour être reconnu pathologique, le joueur doit jouer régulièrement.
- Le jeu prévaut sur tous les autres intérêts.
- Il existe chez le joueur un optimisme qui n'est pas entamé par les expériences répétées d'échec.
- Le joueur ne s'arrête jamais tant qu'il gagne.
- Malgré les précautions qu'il s'est initialement promis de prendre, il finit par prendre trop de risques.
- Il existe chez lui un vécu subjectif de « *thrill* » (une sensation de frisson, à la fois douloureuse et plaisante) durant les phases de jeu. C'est cette sensation que le joueur cherchera par la suite frénétiquement à retrouver.

Le versant clinique de son étude s'appuie sur l'expérience du traitement de plus de 60 joueurs. Il entend les motivations conscientes des joueurs, mises en avant par les patients, telles que l'appât du gain, la croyance en leur propre habileté... Il reconnaît, comme dans le cas de Dostoïevski, que les joueurs pratiquent « le jeu pour le jeu » et pour le mystérieux frisson. Mais à ces motivations conscientes, Bergler oppose, comme Freud, des motivations inconscientes. Le joueur est poussé par un désir inconscient de perdre, donc par le masochisme moral, le besoin inconscient d'auto-punition. Correspondant à une régression orale, le jeu serait la mise en acte d'une séquence toujours identique, représentant une tentative illusoire d'éliminer les désagréments liés au principe de réalité

au profit du principe de plaisir. Cette opération nécessite un retour à la fiction de la toute-puissance infantile et la rébellion contre la loi parentale se traduit directement chez le joueur, par une rébellion latente contre la logique. L'agression inconsciente (contre les parents représentant la loi et la réalité) est suivie d'un besoin d'auto-punition, impliquant chez le joueur la nécessité psychique de la perte. Le mystérieux frisson serait simplement lié au plaisir de la reviviscence de la toute-puissance infantile, mêlé à l'angoisse de l'attente de la punition.

Comment comprendre le masochisme oral ? Bergler décrit un nourrisson réclamant un lait « autarcique » qui ne dépendrait que de lui-même. Si la mère ne répond pas dans l'instant, il y a blessure narcissique. La multiplication de ces blessures entraîne l'effondrement du fantasme de toute-puissance. Vivant le rejet comme une humiliation, il va se mettre en situation de retrouver une humiliation libidinalisée. Ainsi, le masochisme est relié par Bergler à la recherche du « être rejeté ». Les artifices tels que les superstitions, les martingales, etc. ne seraient que l'expression de la croyance mégalomane infantile en la capacité à diriger le destin, ce dernier étant la projection des parents.

Bucher, Chassaing : reconnaissance et victimisation

Plus proches de nous, [Bucher et Chassaing \(2007\)](#) posent, en citant Norbert Bon, que c'est bien la question du rapport du sujet à l'Autre qui est posée dans le jeu, lequel « organise ce rapport en une fiction où il s'agit toujours de forcer le hasard et d'obtenir ainsi de l'Autre réponse et reconnaissance ». Là se retrouve la logique victimaire de ces sujets, déclinée autour de « J'ai suffisamment payé à l'Autre, à lui maintenant de me dédommager... », ce qui pourrait en faire des êtres d'exception de la castration.

Mikal Aasved : critique de la théorie psychanalytique

[Aasved \(2002\)](#) se montre sévèrement critique envers les théories psychanalytiques : « En dernière analyse, l'approche psychanalytique est un simple château de cartes construit sur des prémisses et des affirmations invérifiables... ». Il reconnaît cependant que la psychanalyse a posé un défi majeur aux modèles moraux qui ont dominé la pensée populaire et scientifique au cours du XIX^e siècle et début du XX^e siècle.

L'accompagnement dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Il apparaît que les joueurs excessifs et pathologiques qui viennent consulter n'expriment pas manifestement le souhait d'entreprendre une psychothérapie. Certains pensent qu'en comprenant pourquoi ils jouent, ils cesseront de jouer.

Devant l'ampleur de leurs problèmes, financiers notamment, nous les invitons à envisager également des mesures pragmatiques.

Dans la très grande majorité, leur demande est une aide à l'arrêt ou à une réduction des risques, souvent induite par l'entourage et quelquefois par la justice.

Au cours de l'accompagnement multimodal que nous pouvons mettre en œuvre (psychologique, médicamenteux, social, familial...), certains patients ont laissé filtrer des propos sur le sens profond qu'ils entrevoyaient, dans leur conduite de jeu. Deux facettes de leur fonctionnement psychique, que les psychanalystes lieraient sans doute, en adéquation avec la théorie, ont retenu mon attention.

D'une part, il s'agit de leur recherche de reconnaissance, de légitimation, de la part d'une instance suprême, supérieure, transcendante pourrait-on dire, qu'ils associaient d'ailleurs à un manque du côté paternel. Nous rejoignons ainsi le point de vue de [Bucher et Chassaing \(2007\)](#). Certains sujets donnent en effet le sentiment de titiller sans cesse le hasard, comme en quête d'un recommencement inédit, unimaginable. Jouer semble leur donner un sentiment de porte ouverte sur une indétermination absolue. Par exemple, un joueur âgé de près de 70 ans, qui cherchait pathétiquement de quoi rembourser sa femme qu'il dupait depuis des années, me disait quelquefois, en levant les bras vers le ciel : « Quand je gagne, même petit, je me sens reconnu », et une autre joueuse, à peu près du même âge, qui avait été en garde à vue pour fraude, avant jugement, me confiait peu de temps après sa sortie du commissariat : « Quand je joue, je me sens libre. Jouer, c'est la liberté, tout est possible ! ».

D'autre part, il s'agit d'un attachement à une compulsion de répétition s'inscrivant comme une défense par rapport à une angoisse de mort inacceptée, inacceptable. Une patiente qui s'était ruinée à plusieurs reprises en jouant en ligne et en boursicotant, exprimait récemment : « Tant que je clique, c'est la vie, c'est que je suis en vie, ce sont mes pulsions de vie, sinon c'est la mort ». La liaison tournerait autour de l'idée que la non-accession à ce qui nous fait individualité, maillon d'une chaîne générationnelle, être de finitude, peut conduire à tenter encore et encore de « dés-jouer » la Grande Faucheuse.

En guise de conclusion, nous préciserons que le propre de l'accompagnement des patients dépendants consiste à essayer de rester au plus près de leurs préoccupations et de leur rythme d'évolution. Dans cette optique, nous pouvons nous saisir de ce qui semble faire sens pour eux, dans leur conduite. Cependant, nous utilisons aussi des stratégies cognitivo-comportementales, selon les sujets et le moment de leur trajectoire. Ainsi donc, même s'ils ne sont pas complètement formalisés, l'entretien motivationnel, la balance décisionnelle, l'accent mis sur la négation du hasard, etc. font partie de notre équipement thérapeutique.

Références

- Aasved, M., 2002. The psychodynamics and psychology of gambling : the gambler's mind, vol. I. CC Thomas Publisher, Springfield.
- Bergler, E., 1957. The psychology of gambling. Hill and Wang, New York.
- Bucher, C., Chassaing, J.L., 2007. Addiction au jeu, éléments psychopathologiques. *Psychotropes* 13, 3-4.
- Freud, S., 1985. Dostoïevski et le parricide. Résultats, Idées, Problèmes II (1928). PUF, Paris.

CHAPITRE 26

Thérapies comportementales et cognitives

C. Legauffre, I. Chéreau

Intérêt des thérapies comportementales et cognitives

Différentes études expérimentales (avec et sans groupe contrôle) rapportent l'intérêt des techniques cognitivo-comportementales (TCC) dans le traitement du jeu pathologique, et plus particulièrement des résultats positifs quant au maintien de l'abstinence et de la diminution de la fréquence du jeu ([Ladouceur et al., 2001](#); [Ladouceur et al., 2003](#); [Hodgins et al., 2004](#)). De plus, la bonne structuration et l'organisation de ces programmes facilitent l'adhésion et l'assiduité des joueurs. Cependant, la limite de ces observations réside dans l'absence de groupe contrôle de manière systématique et dans le manque d'études longitudinales (au-delà de 18 mois). Plus récemment, une méta-analyse portant sur 25 études (dont 12 avec groupe contrôle) a étudié l'impact des TCC ([Gooding et Tarrier, 2009](#)). Malgré des différences entre les études concernant les critères d'inclusion, les instruments d'évaluation, les techniques employées (TCC, entretien motivationnel et les durées de suivi), les auteurs rapportent un effet bénéfique des TCC, persistant à 6 mois et plus, sans différence entre les traitements individuels ou en groupe. Cet impact positif est aussi retrouvé dans les études utilisant les TCC, l'entretien motivationnel, ou la combinaison des deux techniques.

Deux autres études confirment ces résultats en comparant TCC et « groupe de joueurs anonymes » ([Toneatto et Dragonetti, 2008](#)) et TCC et approches motivationnelles ([Carlbring et al., 2010](#)). Plusieurs programmes individuels ont déjà été publiés, avec des manuels codifiant le déroulement de la thérapie ([Blaszczynski, 1998](#); [Ladouceur et al., 2000a](#); [Fernandez-Montalvo et Echeburua, 1987](#)).

Un exemple de TCC (annexe 26.1)

ANNEXE 26.1. Échelles des cognitions liées au Jeu (Gambling Related Cognitions Scale).

Pour les questions 1 à 23, merci de noircir le cercle approprié pour décrire à quel point vous êtes d'accord avec la proposition indiquée à chaque ligne.

NB : par jeu, on entend les jeux de hasard et d'argent, tels que les jeux de cartes, de dés, les machines à sous, ou tous les types de jeux pour lesquels vous misez de l'argent ou faites des paris.

Vous ne devez choisir qu'une seule réponse et vous avez le choix entre les propositions suivantes.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1. Jouer me rend plus heureux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je ne peux pas fonctionner sans jouer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Prier m'aide à gagner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Les pertes au jeu doivent être suivies par une série de gains.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Relier mes gains à mon adresse et mes capacités me fait continuer à jouer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Jouer améliore l'apparence des choses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Il m'est difficile d'arrêter de jouer étant donné que je perds le contrôle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Des nombres ou des couleurs particulières peuvent aider à augmenter mes chances de gagner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Une série de pertes me procurera un apprentissage qui m'aidera à gagner par la suite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Relier mes pertes à de la malchance ou de mauvaises circonstances me fait continuer à jouer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Jouer rend l'avenir plus prometteur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mon désir de jouer est tellement plus fort que moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Je collectionne des objets particuliers qui aident à augmenter mes chances de gagner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Lorsque je gagne une fois, je gagnerai sûrement encore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Relier mes pertes aux probabilités me fait continuer à jouer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Être en train de jouer aide à réduire la tension et le stress.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Je ne suis pas suffisamment fort pour arrêter de jouer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. J'ai des rituels et des comportements particuliers qui augmentent mes chances de gagner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Il y a des moments où je me sens chanceux(se) et je ne joue qu'à ces moments-là.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me souvenir de la somme que j'ai gagnée la dernière fois me fait continuer à jouer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Je ne serai jamais capable d'arrêter de jouer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Je possède une certaine capacité à prédire mes gains au jeu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Si je change tout le temps mes numéros, j'ai moins de chance de gagner que si je conserve les mêmes numéros à chaque fois.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nous décrivons ici un exemple d'approche individuelle, en précisant qu'elle trouve sa place le plus souvent dans une prise en charge intégrative (Romo et al., 2003).

À un entretien anamnestique et d'analyse fonctionnelle du comportement de jeu, succède un entretien d'information et d'évaluation, dont l'objectif est d'instaurer une alliance thérapeutique forte et de favoriser la motivation au changement. Le protocole de cette séance est composé de questions concernant la perception subjective du patient sur la sévérité de son comportement, ses motivations à l'arrêt, les

situations perçues comme à risque. Il s'agit d'un moment privilégié pour expliquer le modèle thérapeutique cognitivo-comportemental, l'importance des exercices à réaliser au domicile et les exercices d'auto-notation sur des registres. Est également recherchée l'existence de pensées erronées à propos du jeu, qui facilitent le comportement, ainsi qu'évoqués la nécessité de réévaluer l'accessibilité des moyens de paiement et le budget. Le joueur est invité à informer éventuellement l'entourage pour sortir de l'isolement et bénéficier de soutien, et à faire une liste d'activités agréables qui seront à mettre en place pour compenser le temps passé habituellement à jouer. À la fin de cette séance des questionnaires sont remis au patient afin d'évaluer différentes dimensions psychologiques. Les questionnaires concernent généralement le comportement de jeu : SOGS (Lesieur, Blume, 1987), *Indice Canadien du Jeu Excessif* (ICJE) (Ferris et Wynne, 2001), *Deba-Jeu* (Détection du besoin d'Aide Jeux de hasard et d'argent) (Ménard et al., 2003), *critères du DSM IV-TR* (APA, 2004). Sont aussi mesurées les distorsions cognitives au travers des *catégories de pensées et croyances erronées* (Ladouceur et al, 2000b), du *questionnaire de Labrador*, *Mañoso et ses collaborateurs*, (2004), et ses collaborateurs du GRCS (Raylu et Oei, 2004; Grall-Bronnec et al., 2012) (la version validée en français est présentée en annexe 26.1) et du GABS (Breen et Zuckerman, 1994).

Enfin, des dimensions psychologiques plus générales sont évaluées, telles que l'estime de soi, l'impulsivité, l'affirmation de soi, les stratégies de *coping*, l'anxiété et la dépression, le tempérament et le caractère, enfin la motivation au changement.

Après le recueil et la transmission de ces informations, le programme de thérapie proprement dit débute, composé de 6 séances avec un suivi à 1, 3 et 6 mois. Les séances suivent le schéma classique des TCC, avec une reprise de la séance précédente au début et un temps dédié à la fin pour des questions ou commentaires et pour faire un résumé de la séance. Au cours de la **séance 1**, on s'assure que la définition du jeu pathologique est claire pour le patient, on réévalue la gravité du problème, on commence à travailler sur les registres « situation / émotions / pensées / somme jouée / pertes / gains / comportement ». On revoit avec le patient la liste des motivations au changement. On travaille sur le contrôle des stimuli et sur l'annonce à l'entourage. La **séance 2** est consacrée à la lecture des carnets de détection des pensées automatiques (on utilise pour ce faire la technique de la flèche descendante) et on aborde les situations à risque. La **séance 3** vise à mettre en évidence les croyances erronées autour du jeu ; on réalise une exposition en imagination en utilisant les situations à risque évoquées lors de la séance précédente. La **séance 4** vise à travailler sur les croyances erronées. On apprend au patient les techniques de résolution de problèmes et on propose comme exercice à domicile l'exposition à une situation à risque. La **séance 5** aborde les techniques de relaxation et d'affirmation de soi. Enfin, la **séance 6** est consacrée à la lecture des registres, à la prévention de la rechute avec élaboration d'un plan d'urgence et la mise en place d'activités agréables.

Il est à noter que ce programme est décrit à titre indicatif et qu'il s'adapte en fonction de chaque patient.

Au-delà du traitement individuel psychothérapique, agissant sur le comportement et les cognitions du joueur, différentes techniques de groupe existent, qui peuvent s'intégrer dans une prise en charge multimodale. Elles interviennent

non seulement sur le patient, mais aussi sur sa famille et les proches, qui peuvent alors devenir de vrais « co-thérapeutes ». Nous présenterons ici trois types de prise en charge de groupe : les programmes de soins avec pour exemple celui de « Ladouceur », les groupes d'entraide de joueurs et enfin les approches systémiques.

Le programme de soins du psychiatre canadien Robert Ladouceur

Il se déroule se déroule en quatre étapes ([Ladouceur et al., 2000b](#))

La première phase consiste à *donner des informations* et à solliciter l'expression libre. Les joueurs expriment leur point de vue, partagent leurs croyances, leurs « gri-gri », leurs techniques et reçoivent des informations permettant d'aborder le hasard comme seul déterminant du jeu, de connaître l'indépendance des tours, d'être informé sur l'illusion de contrôle des pratiques. La deuxième étape aborde *les croyances erronées* et la possibilité de les modifier ([Ladouceur et al., 2000a](#)). La troisième enseigne *la capacité à dire non* face à des occasions, des sollicitations de jeu en modifiant des stratégies jusque-là inadéquates. Le joueur développe de nouvelles habiletés, réorganise son temps (loisirs, sport), son mode d'accès à l'argent (limite l'argent liquide) afin de faire face aux situations à risque ([Petry et al., 2007](#)). La dernière aborde *la prévention de la rechute* : elle permet au joueur d'identifier les situations à haut risque (contexte, stimuli internes et externes, pensées, *craving*...) et de s'entraîner à des stratégies spécifiques pour y faire face. L'impact du non-respect de l'abstinence entraînant culpabilité, image négative de soi, etc. est prévenu par l'information, la valorisation des processus de contrôle précoces et l'utilisation de ces phénomènes comme des occasions de progrès ([Ladouceur et al., 2000a](#); [Petry, 2005](#); [Khazaal, 2010](#)).

Les groupes d'entraide de joueurs

Basés sur le modèle des Alcooliques Anonymes, différents groupes d'entraide se sont développés, particulièrement aux États-Unis et au Canada (*Gamblers Anonymous*, depuis 1957), et plus récemment en France (SOS Joueurs, depuis 1990). Ces groupes permettent aux joueurs et à leur entourage d'obtenir des informations, mais aussi de sortir de l'isolement, de se décentrer par rapport à leur problème, de s'identifier dans le soutien collectif, enfin de renforcer une motivation parfois fragile. Ces techniques semblent particulièrement intéressantes pour les joueurs peu soutenus par leur entourage. Selon une étude de [Petry et al. \(2007\)](#), il apparaît que ces groupes ont un effet positif sur le maintien de l'abstinence à court terme. À long terme, les résultats sont cependant plus variables ([Stewart et Brown, 1988](#)). Les joueurs expliquent leur abandon du groupe par le sentiment d'être guéris, la volonté de pratiquer un jeu contrôlé et par le fait de ne pas se retrouver dans la sévérité des difficultés des autres joueurs du groupe ([Stewart et Brown, 1988](#)).

Les thérapies familiales

Comme dans beaucoup d'addictions, le jeu affecte le système et les relations familiales (couple, enfants...), en raison de la pratique du jeu, des mensonges dont elle est l'origine, enfin de l'impact financier qu'elle entraîne. Il apparaît donc essentiel de pouvoir proposer aux familles qui le souhaitent une implication précoce dans le processus de soins.

Pour conclure

Au vu des différentes études et de notre pratique, il apparaît que les TCC occupent une place importante dans le traitement des joueurs pathologiques et dans l'accompagnement de leur entourage. Dans tous les cas, la qualité de la relation avec le thérapeute et la motivation au changement restent des éléments indispensables, dans une prise en charge souvent longue et complexe.

Références

- American Psychiatric Association, 2004. DSM-IV-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth ed. Text revised. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Breen, R.B., Zuckerman, M., 1994. The gambling beliefs and attitudes survey. Unpublished instrument, University of Delaware.
- Blaszczynski, A., 1998. Overcoming compulsive gambling. A self-help guide using cognitive behavioral techniques. Robinsion Publishing, London.
- Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., Forsberg, L., 2010. Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling : A randomized controlled trial. *Cogn. Behav. Ther.* 3, 92–103.
- Fernandes-Montalvo, J., Echeburua, E., 1997. Manual Practico del juego patologico. Ayudes para el pacicute y guia para el terapeuta. Piramide, Madrid, 222 p.
- Ferris, J., Wynne, H., 2001. L'indice canadien du jeu excessif. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa 72 p.
- Grall-Bronnec, M., Bouju, B., Sébille-Rivain, V., Gorwood, P., Boutin, C., Vénisse, J. L., et al. A French adaptation of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS) : a useful tool for assessment of irrational thoughts among gamblers. *Journal of Gambling Issues*, in press.
- Gooding, P., Tarrier, N., 2009. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling : Hedging our bets ? *Behav. Res. Ther.* 47, 592–607.
- Hodgins, D.C., Petry, N.M., Grant, J.E., Potenza, M.N., 2004. Cognitive and behavioral treatments. In : Grant, J.E., Potenza, M.N. (Eds.), *Pathological gambling : A clinical guide to treatment*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA US, pp. 169–187.
- Khazaal, Y., 2010. Approches psychothérapeutiques du jeu pathologique. *Rev. Méd. Suisse* 263.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C., 2000a. Le jeu excessif : Comprendre et vaincre le gambling. Les Éditions de l'Homme, Québec, 272 p.
- Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., Boutin, C., Lachance, S., Sylvain, C., 2000b. Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, Laval.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., et al., 2001. Cognitive treatment of pathological gambling. *J. Ner. Ment. Dis.* 189, 774–780.

- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., 2003. Group therapy for pathological gamblers : A cognitive approach. *Behav. Res. Ther.* 41, 587–596.
- Lesieur, H.R., Blume, S., 1987. The South Oaks Gambling Screen (SOGS) : A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers. *Am. J. Psychiatry* 144, 1184–1188.
- Ménard, J.M., Tremblay, J., Ferland, F., 2003. Le déba-jeu : une grille de dépistage du besoin d'aide en regard des problèmes de jeu excessifs parmi la clientèle alcoolique et toxico-mane en traitement au Québec. *L'écho-Toxico*, Université de Sherbrooke, p. 13.
- Mañoso, V., Labrador, F.J., Fernández-Alba, A., 2004. Tipo de distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y no jugadores. *Psicothema* 16, 576–581.
- Petry, N.M., Litt, M.D., Kadden, R., Ledgerwood, D.M., 2007. Do coping skills mediate the relationship between cognitive-behavioral therapy and reductions in gambling in pathological gamblers? *Addiction* 102, 1280–1291.
- Petry, N.M., 2005. Cognitive-behavioral therapy. In : Petry, N. (Ed.), *Pathological gambling : Etiology, comorbidity, and treatment*. American Psychological Association, Washington, DC US, pp. 229–255.
- Raylu, N., Oei, T.P.S., 2004. The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS) : development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction* 99, 757–769.
- Romo, L., Fricot, E., Aubry, C., Lejoyeux, M., Ades, J., 2003. Prise en charge du jeu pathologique : présentation d'un programme cognitivo-comportemental. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 13, 147–155.
- Stewart, R.M., Brown, R.I., 1988. An outcome study of Gamblers Anonymous. *Br. J. Psychiatry* 152, 284–288.
- Toneatto, T., Dragonetti, R., 2008. Effectiveness of community-based treatment for problem gambling : A quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs twelve-step therapy. *American Journal of Addiction* 17, 298–303.

CHAPITRE 27

La réalité virtuelle comme adjuvant des thérapies cognitivo-comportementales

J. Cohen

Les données disponibles concernant les psychothérapies dans le jeu pathologique indiquent que, pour de nombreux patients, l'abstinence totale au jeu n'est pas un objectif raisonnable et réaliste ([Ladouceur et al., 2003](#)). En pratique, il apparaît nécessaire de pouvoir aider le patient à contrôler son comportement et ses pulsions de jeu, notamment en travaillant sur les situations à haut risque d'exposition à la tentation de jouer.

Dans les théories classiques du conditionnement, la « réaction à l'exposition aux stimuli » dépend de facteurs environnementaux, tels que les personnes présentes, les lieux de consommation, les signaux visuels et olfactifs, en rapport avec le comportement addictif. Ces facteurs ont été initialement mis en évidence expérimentalement pour des substances ([Childress et al., 1993](#)). Traditionnellement, l'exposition aux stimuli est réalisée par la présentation directe de la substance ([Saladin, 2002](#)), par des images ou des vidéos ([Childress et al., 1999](#)). Les résultats montrent que l'exposition progressive et répétée à des situations à haut risque de rechute associée aux thérapies cognitivo-comportementales permet d'augmenter la durée de la période d'abstinence et de diminuer le risque de rechute (Monti et al., 1999; [Rohsenow et al., 2001](#)).

Dans ce contexte, il est important que les techniques psychothérapeutiques soient apprises, pratiquées et perfectionnées dans des environnements congruents et réalistes, telle qu'une immersion dans une scène virtuelle ([Niaura, 2002](#)). Pour reproduire une séquence d'exposition répétée dans le jeu pathologique, des chercheurs ont reproduit en laboratoire de véritables environnements de jeu réalistes,

comme une salle de casino expérimentale à taille réelle (Sodano et Wulfert, 2010). Mais l'une des difficultés majeures réside dans le fait qu'il a été montré que les techniques d'exposition progressive ne devraient pas se limiter à un seul environnement et devraient se dérouler dans plusieurs lieux et contextes (Gunther et al., 1998), ce qui rend peu pertinente l'utilisation d'un seul lieu pour l'exposition.

La réalité virtuelle est un dispositif expérimental, encore mal évalué dans le jeu pathologique, qui pourrait répondre à ces problématiques concernant l'exposition des patients. Elle consiste à équiper le patient, dans une salle dédiée, d'un casque de réalité virtuelle immersif offrant un champ de vision de 120°. L'environnement virtuel modélisé, disponible actuellement sous la forme de logiciel, modélise des univers de jeux classiques : salle de casino, cercle de jeux, bar. Le patient est au centre d'un dispositif de « *tracking* » (poursuite), qui analyse ses mouvements en temps réel et les répercute dans l'environnement visualisé par le patient au travers de son casque : s'il bouge dans la zone de « *tracking* », il bougera dans l'univers virtuel. Les mouvements de la tête, des membres, les pas sont ainsi répercutés dans la réalité virtuelle vécue par le patient. L'environnement sonore est également modélisé. Le thérapeute est dans la même pièce que le patient, et avec un ordinateur sélectionne les scénarios et l'environnement virtuel, en exposant progressivement le patient à des stimuli de plus en plus forts. Ce dispositif permet de répondre aux limites des techniques d'exposition, en permettant au cours d'une consultation de 45 minutes d'exposer le patient à des situations de jeu à la fois complexes, dynamiques, et interactives. Les paramètres physiologiques du patient pendant l'exposition peuvent être enregistrés et utilisés dans la thérapie. La réalité virtuelle offre la possibilité de graduer et répéter ces situations, qui peuvent être nombreuses et variées, et de permettre au thérapeute d'explorer, de mieux comprendre ce que le patient ressent, et ainsi de planifier un traitement avec un stimulus parfaitement adapté à sa pathologie. Enfin, le thérapeute a un contrôle total sur l'environnement virtuel, lui permettant de travailler spécifiquement certaines croyances irrationnelles du patient. Il peut ainsi contrôler les résultats des machines à sous pour discuter les « *near wins* », par exemple.

L'exposition virtuelle est utilisée et évaluée avec succès en psychiatrie dans plusieurs troubles anxieux (Emmelkamp et al., 2002 ; Rothbaum et al., 2002 ; Rothbaum et al., 2001 ; Vincelli et al., 2001 ; Anderson et al., 2005). Les études montrent que ce traitement est alors particulièrement bien accepté, avec un taux de perdu de vue pendant la thérapie très faible et qu'il est au moins aussi efficace dans le traitement des troubles anxieux que les expositions en situation réelle.

Dans le traitement des troubles addictifs comme le jeu pathologique, la réalité virtuelle permettrait de placer les patients en situations immersives standardisées et reproductibles, permettant des expositions répétées avec la possibilité pour le thérapeute d'ajuster les variables d'environnement au fur et à mesure de la thérapie. La réalité virtuelle permet également d'exposer le patient à de nombreuses scènes et dans de nombreux environnements, ce qui semble être un pré-requis à une désensibilisation efficace (Chelonis et al., 1999). Le traitement semble également, de par

son côté attractif et innovant, extrêmement bien accepté par les patients dépendants, avec un très faible taux de perdu de vue (Saladin et al., 2006).

Concernant l'exposition aux stimuli en réalité virtuelle, les premières études ont montré la capacité d'un environnement virtuel à provoquer le *craving* et une réaction à l'exposition aux stimuli, de manière au moins aussi efficace que l'exposition réelle (Kuntze et al., 2001). Les expositions virtuelles induisant du *craving* et une réponse ont été testées dans les dépendances à l'alcool (Bordnick et al., 2008), à la cocaïne (Saladin et al., 2006), aux amphétamines et au tabac (Bordnick et al., 2005).

Lee et ses collaborateurs (2008) ont montré l'intérêt de l'exposition virtuelle à l'alcool sur le déficit en compétence sociale et le déficit en stratégie de *coping*. La réalité virtuelle pourrait alors mettre le patient dans une multitude de contextes sociaux et émotionnels qui mimeraient des situations réalistes et lui permettrait dans chaque situation de travailler ses capacités d'adaptation à l'aide des thérapies cognitivo-comportementales.

La réalité virtuelle pourrait donc être un outil intéressant dans le traitement des joueurs pathologiques. La répétition des expositions en réalité virtuelle pour placer le patient en situation à haut risque de rechute, dans un lieu de jeu, permettrait de déconditionner la réponse aux stimuli induits par l'exposition. Les expositions pourraient être associées à l'apprentissage des techniques de *coping*, des compétences sociales et à une restructuration cognitive.

Références

- Anderson, P., Rothbaum, B.O., Zimand, E., Hodges, L.F., 2005. Cognitive behavioral therapy for public speaking anxiety using virtual reality for exposure. *Depress. Anxiety* 22, 156–158.
- Bordnick, P.S., Graap, K.M., Copp, H.L., Brooks, J., Ferrer, M., 2005. Virtual Reality Cue Reactivity Assessment in Cigarette Smokers. *CyberPsychol. Behav.* 8, 487–492.
- Bordnick, P.S., Traylor, A., Copp, H.L., Graap, K.M., Carter, B., Ferrer, M., et al., 2008. Assessing reactivity to virtual reality alcohol based cues. *Addict. Behav.* 33, 743–756.
- Chelonis, J., Calton, J., Hart, J., Schachtman, T., 1999. Attenuation of the Renewal Effect by Extinction in Multiple Contexts. *Learn. Motiv.* 30, 1–14.
- Childress, A.R., Hole, A.V., Ehrman, R.N., Robbins, S.J., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., 1993. Cue reactivity and cue reactivity interventions in drug dependence. *NIDA Res. Monogr.* 137, 73–95.
- Childress, A.R., Mozley, P.D., McElgin, W., Fitzgerald, J., Reivich, M., O'Brien, C.P., 1999. Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *Am. J. Psychiatry* 156, 11–18.
- Emmelkamp, P.M., Krijn, M., Hulsbosch, A.M., de Vries, S., Schuemie, M.J., van der Mast, C.A., 2002. Virtual reality treatment versus exposure in vivo : a comparative evaluation in acrophobia. *Behav. Res. Ther.* 40, 509–516.
- Gunther, L.M., Denniston, J.C., Miller, R.R., 1998. Conducting exposure treatment in multiple contexts can prevent relapse. *Behav. Res. Ther.* 36, 75–91.
- Kuntze, M., Stoermer, R., Mager, R., Roessler, A., Mueller-Spahn, F., Bullinger, H.A., 2001. Immersive Virtual Environments in Cue Exposure. *CyberPsychol. Behav.* 4, 497–501.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., 2003. Group therapy for pathological gamblers : A cognitive approach. *Behav. Res. Ther.* 41, 587–596.

- Lee, J.S., Namkoong, K., Ku, J., Cho, S., Park, J.Y., Choi, Y.K., et al., 2008. Social pressure-induced craving in patients with alcohol dependence : application of virtual reality to coping skill training. *Psychiatry Investigation* 4, 239–243.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Rubonis, A.V., Niaura, R.S., Sirota, A.D., Colby, S.M., et al., 1993. Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics : a preliminary investigation. *J. Consul. Clin. Psychol.* 61, 1011–1019.
- Niaura, R., 2002. Does “unlearning” ever really occur. *Addiction* 97, 357.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L.F., Ready, D., Graap, K., Alarcon, R.D., 2001. Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry* 62, 617–622.
- Rothbaum, B.O., Hodges, L., Anderson, P.L., Price, L., Smith, S., 2002. Twelve-month follow-up of virtual reality and standard exposure therapies for the fear of flying. *J. Consult. Clin. Psychol.* 70, 428–432.
- Rohsenow, D.J., Monti, P.M., Rubonis, A.V., Gulliver, S.B., Colby, S.M., Binkoff, J.A., et al., 2001. Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence : 6- and 12-month outcomes. *Addiction* 96, 1161–1174.
- Saladin, M.E., Drobos, D.J., Coffey, S.F., Libet, J.M., 2002. The human startle reflex and alcohol cue reactivity : effects of early versus late abstinence. *Psychol. Addict. Behav.* 16, 98–105.
- Saladin, M.E., Brady, K.T., Graap, K.M., Rothbaum, B.O., 2006. VR to evaluate craving and cue reactivity in cocaine dependent individuals. *Addict. Behav.* 31, 1881–1894.
- Sodano, R., Wulfert, E., 2010. Cue Reactivity in Active Pathological, Abstinent Pathological, and Regular Gamblers. *J. Gambl. Stud.* 26, 53–65.
- Vincelli, F., Molinari, E., Riva, G., 2001. Virtual reality as clinical tool : immersion and three-dimensionality in the relationship between patient and therapist. *Stud. Health Technol. Inform.* 81, 551–553.

CHAPITRE 28

Approches médicamenteuses

S. Achab, Y. Khazaal, D. Zullino

Introduction

Le jeu pathologique (JP) est actuellement classé parmi les troubles du contrôle des impulsions dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM-IV-TR) (APA, 2000). En raison d'un certain nombre de similitudes avec les troubles addictifs, une reclassification parmi les troubles addictifs est prévue dans la prochaine version du DSM (Bowden-Jones et Clark, 2011). La prévalence sur la vie entière de ce trouble est estimée à 1 %, avec une comorbidité psychiatrique importante et un risque suicidaire accru (Bondolfi et al., 2008). Une approche médicamenteuse de ce trouble commence à voir le jour. Bien qu'il n'existe à ce jour pas de pharmacothérapie validée du JP, une trentaine de publications dans la dernière décennie ont rapporté les résultats des essais portant sur l'efficacité des différentes classes pharmacologiques dans ce trouble (Achab et Khazaal, 2011).

Approches médicamenteuses du JP

Les pistes pharmacologiques explorées ont suivi les trois axes théoriques de classification nosographique classiquement discutés pour ce trouble : (a) *le spectre de la comorbidité psychiatrique*, (b) *le spectre de l'addiction* et (c) *le spectre des troubles du contrôle des impulsions*.

Le spectre de la comorbidité psychiatrique

Antidépresseurs

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont démontré leur efficacité dans les troubles psychiatriques tels que la dépression, le

trouble obsessionnel-compulsif et les troubles anxieux (Vaswani et al., 2003). L'hypothèse soutenant l'usage des ISRS dans le traitement du JP est celle d'une dysfonction sérotoninergique dans ce trouble (Blanco et al., 1996; DeCaria et al., 1996). Trois essais utilisant le citalopram (Zimmerman et al., 2002) et l'escitalopram (Grant et Potenza, 2006; Black et al., 2007a) ont montré une efficacité sur le JP avec une comorbidité anxiodépressive. Cette efficacité n'a pas été retrouvée dans quatre essais thérapeutiques contrôlés, réalisés toutefois sur de petits échantillons. En effet, la supériorité de la paroxétine (Kim et al., 2002; Grant et al., 2003a), de la fluvoxamine (Blanco et al., 2002), et de la sertraline (Saiz-Ruiz et al., 2005) par rapport au placebo dans le traitement du JP, n'a pas été mise en évidence.

Stabilisateurs de l'humeur

L'impulsivité, les fluctuations de l'humeur et le sentiment de toute-puissance, sont des signes communs entre le JP et le trouble bipolaire de l'humeur (TBH), ce qui a constitué un rationnel pour l'essai des thymorégulateurs pour traiter le JP. La carbamazépine a montré une efficacité sur le JP sans TBH dans un essai non contrôlé sur un petit échantillon ($n = 8$) (Black et al., 2008). Le valproate de sodium et le lithium ont démontré une efficacité comparativement au placebo chez des joueurs pathologiques en l'absence de TBH (Pallanti et al., 2002) et le lithium une supériorité en présence de TBH ou de cyclothymie dans deux autres essais contrôlés (Hollander et al., 2005; Hollander et al., 2008).

Le spectre de l'addiction

Antagonistes des récepteurs aux opiacés

L'implication du système opioïde-mu dans le système de récompense a laissé penser à une possible efficacité des antagonistes des récepteurs aux opiacés (Grant et al., 2003b), comme la naltrexone et le nalméfène. Le premier traitement a montré une efficacité sur le JP dans deux essais (Kim et Grant, 2001; Lahti et al., 2010) et une supériorité indépendante du sexe des sujets traités et de la dose reçue par rapport au placebo dans deux essais, en l'absence de thérapie cognitive et comportementale (TCC) concomitante (Toneatto et al., 2009; Kim et al., 2001; Grant et al., 2008). Le traitement par le nalméfène à la dose de 100 mg/j a entraîné des effets indésirables source d'abandon de traitement et a conduit, à faible dose (25 mg/j), à un résultat supérieur au placebo dans un essai sur les deux (Grant et al., 2010; Grant et al., 2006).

Agents glutamatergiques

Par leur action sur la réactivité aux signes environnementaux chez les sujets souffrant de troubles compulsifs et/ou addictifs, ces agents semblent pertinents dans le traitement du JP.

La N-acétylcystéine (NAC) réduirait la recherche de récompense par son action sur les voies glutamatergiques du nucleus accumbens, ainsi que le craving dans les addictions (Baker et al., 2003). Elle a montré une supériorité

contre placebo dans le traitement d'un petit échantillon de sujets souffrants de JP et de comorbidités anxio-dépressives ou d'autres troubles du contrôle des impulsions (Grant et al., 2007). En tant qu'antagoniste des récepteurs NMDA du striatum, l'efficacité de la mémantine dans les troubles addictifs et le JP semble attestée par la réduction des symptômes de JP dans un essai thérapeutique non contrôlé sur un faible (Ma et al., 2009; Krystal et al., 2003).

Bupropion

Il s'agit d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la dopamine et de la noraadrénaline, qui a montré une efficacité dans le sevrage tabagique (Zwar et Richmond, 2002). Pour ce qui concerne le jeu pathologique, l'efficacité semble retrouvée uniquement en l'absence de comorbidité dépressive (Black, 2004; Black et al., 2007b).

Le spectre du trouble du contrôle des impulsions

Topiramate

Cet anticonvulsivant a fait l'objet de récentes publications, indiquant une efficacité sur les processus automatiques de réactivité aux indices de l'environnement dans les troubles addictifs (Khazaal et Zullino, 2009). Comparé à la fluvoxamine, il a montré un plus grand taux de rémission des symptômes du JP, mais sur un faible échantillon (Dannon et al., 2005).

Antipsychotiques atypiques

Grâce à l'antagonisme dopaminergique et sérotoninergique, l'efficacité de ce type de traitement sur les troubles du contrôle des impulsions constitue une piste intéressante pour le traitement du JP. Seuls deux essais contrôlés ont été menés sur l'olanzapine, qui n'ont pu montrer de supériorité en l'absence d'une comorbidité psychotique (McElroy et al., 2008; Fong et al., 2008).

Conclusion

En raison du peu d'essais thérapeutiques, de leurs limites (faibles échantillons, comorbidités psychiatriques non documentées ou interférant avec les résultats), et de leurs résultats parfois contradictoires, aucun traitement médicamenteux ne peut être à ce jour cité comme référence dans le traitement du JP.

Références

- Achab, S., Khazaal, Y., 2011. Psychopharmacological treatment in pathological gambling : a critical review. *Curr. Pharm. Des.* 17, 1389–1395.
- APA, American Psychological Association, 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth ed, text rev. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Baker, D.A., McFarland, K., Lake, R.W., et al., 2003. Neuroadaptations in cystine-glutamate exchange underlie cocaine relapse. *Nature Neuroscience* 6, 743–749.
- Black, D.W., Shaw, M., Forbush, K.T., Allen, J., 2007a. An open-label trial of escitalopram in the treatment of pathological gambling. *Clin. Neuropharmacol.* 30, 206–212.

- Black, D.W., Shaw, M.C., Allen, J., 2008. Extended release carbamazepine in the treatment of pathological gambling : an open-label study. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 32, 1191–1194.
- Black, D.W., 2004. An open-label trial of bupropion in the treatment of pathologic gambling. *J. Clin. Psychopharmacol.* 24, 108–110.
- Black, D.W., Gabel, J.H., Schlosser, S., et al., 2007b. Bupropion in the treatment of pathological gambling : a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *J. Clin. Psychopharmacol.* 27, 143–150.
- Blanco, C., Orensanz-Monoz, L., Blanco-Jerez, C., Saiz-Ruiz, J., 1996. Pathological gambling and platelet MAO activity : a psychobiological study. *Am. J. Psychiatry* 153, 119–121.
- Blanco, C., Petkova, E., Ibanez, A., Saiz-Ruiz, J., 2002. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Ann. Clin. Psychiatry* 14, 9–15.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Ferrero, F., et al., 2008. Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta. Psychiatr. Scand.* 117, 236–239.
- Bowden-Jones, H., Clark, L., 2011. Pathological gambling : a neurobiological and clinical update. *Br. J. Psychiatry* 199, 87–89.
- Dannon, P.N., Lowengrub, K., Gonopolski, Y., et al., 2005. Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling : a randomized, blind-rater comparison study. *Clinical Neuropharmacol* 28, 6–10.
- DeCaria, C.M., Hollander, E., Grossman, R., et al., 1996. Diagnosis, neurobiology, and treatment of pathological gambling. *J. Clin. Psychiatry* 57, 80–83 discussion 83–4.
- Fong, T., Kaleschstein, A., Bernhard, B., et al., 2008. A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacology and Biochemistry Behaviour* 89, 298–303.
- Grant, J.E., Potenza, M.N., 2006. Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety : an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 21, 203–209.
- Grant, J.E., Kim, S.W., Potenza, M.N., et al., 2003a. Paroxetine treatment of pathological gambling : a multi-centre randomized controlled trial. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 18, 243–249.
- Grant, J.E., Kim, S.W., Potenza, M.N., 2003b. Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *J. Gambl. Stud.* 19, 85–109.
- Grant, J.E., Kim, S.W., Hartman, B.K., 2008. A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *J. Clin. Psychiatry* 69, 783–789.
- Grant, J.E., Odlaug, B.L., Potenza, M.N., et al., 2010. Nalmefene in the treatment of pathological gambling : multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *Br. J. Psychiatry* 197, 330–331.
- Grant, J.E., Potenza, M.N., Hollander, E., et al., 2006. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *Am. J. Psychiatry* 163, 303–312.
- Grant, J.E., Kim, S.W., Odlaug, B.L., 2007. N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling : a pilot study. *Biol Psychiatry* 62, 652–657.
- Hollander, E., Pallanti, S., Allen, A., et al., 2005. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders ? *Am. J. Psychiatry* 162, 137–145.
- Hollander, E., Buchsbaum, M.S., Haznedar, M.M., 2008. FDG-PET study in pathological gamblers. 1. Lithium increases orbitofrontal, dorsolateral and cingulate metabolism. *Neuropsychobiology* 58, 37–47.

- Khazaal, Y., Zullino, D.F., 2009. Topiramate for smoking cessation and the importance to distinguish withdrawal-motivated consumption and cue-triggered automatisms. *J. Clin. Psychopharmacol.* 29, 192–193 author reply 193-4.
- Kim, S.W., Grant, J.E., Adson, D.E., et al., 2002. A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *J. Clin. Psychiatry* 63, 501–507.
- Kim, S.W., Grant, J.E., 2001. An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 16, 285–289.
- Kim, S.W., Grant, J.E., Adson, D.E., et al., 2001. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol. Psychiatry* 49, 914–921.
- Krystal, J.H., Petrakis, I.L., Mason, G., et al., 2003. N-methyl-D-aspartate glutamate receptors and alcoholism : reward, dependence, treatment, and vulnerability. *Pharmacol. Ther.* 99, 79–94.
- Lahti, T., Halme, J.T., Pankakoski, M., et al., 2010. Treatment of pathological gambling with naltrexone pharmacotherapy and brief intervention : a pilot study. *Psychopharmacol. Bull.* 43, 35–44.
- Ma, Y.Y., Cepeda, C., Cui, C.L., 2009. The role of striatal NMDA receptors in drug addiction. *Int. Rev. Neurobiol.* 89, 131–146.
- McElroy, S.L., Nelson, E.B., Welge, J.A., et al., 2008. Olanzapine in the treatment of pathological gambling : a negative randomized placebo-controlled trial. *J. Clin. Psychiatry* 69, 433–440.
- Pallanti, S., Quercioli, L., Sood, E., et al., 2002. Lithium and valproate treatment of pathological gambling : a randomized single-blind study. *J. Clin. Psychiatry* 63, 559–564.
- Saiz-Ruiz, J., Blanco, C., Ibanez, A., et al., 2005. Sertraline treatment of pathological gambling : a pilot study. *J. Clin. Psychiatry* 66, 28–33.
- Toneatto, T., Brands, B., Selby, P., 2009. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of concurrent alcohol use disorder and pathological gambling. *American Journal of Addictions* 18, 219–225.
- Vaswani, M., Linda, F.K., Ramesh, S., 2003. Role of selective serotonin reuptake inhibitors in psychiatric disorders : a comprehensive review. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 27, 85–102.
- Zimmerman, M., Breen, R.B., Posternak, M.A., 2002. An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *J. Clin. Psychiatry* 63, 44–48.
- Zwar, N., Richmond, R., 2002. Bupropion sustained release. A therapeutic review of Zyban. *Aust. Fam. Physician* 31, 443–447.

CHAPITRE 29

Traitement intégratif du jeu pathologique : un exemple de modèle

M. Grall-Bronnec

Nous l'avons vu dans le chapitre 9, les concepts théoriques du jeu pathologique se sont mutuellement nourris et ont évolué vers des approches intégratives tout à fait pertinentes, desquelles découlent des stratégies de soins adaptées.

Pour exemple, le modèle des « *pathways* », proposé par [Blaszczynski et Nower \(2002\)](#), différencie trois types de joueurs pathologiques et trois modalités de prise en charge.

Le premier type de joueurs (joueurs au « comportement conditionné ») concerne des sujets sans pathologie prémorbide. Chez ce type de joueurs, la conscience du problème est relativement précoce et la motivation aux soins est authentique. On observe le plus souvent une bonne compliance thérapeutique. Les stratégies de soin visent alors à proposer des programmes d'intervention minimale (groupe de joueurs anonymes, approches visant la restructuration cognitive).

Le deuxième type de joueurs concerne les sujets vulnérables sur le plan émotionnel. Cette vulnérabilité psychologique particulière se traduit par des comorbidités anxieuses et dépressives fréquentes et pré-existant au problème de jeu. Pour ces joueurs, on associera psychothérapie, de préférence d'inspiration analytique, stratégies de gestion du stress et chimiothérapie anxiolytique et antidépressive en fonction des comorbidités.

Le dernier type de joueurs, appelé antisocial impulsif, se distingue des précédents par ses caractéristiques d'impulsivité, de trouble de la personnalité antisociale et de déficit attentionnel, se manifestant par des comportements inadaptés multiples et sévères.

Ces joueurs sont peu compliants aux soins et peu accessibles aux instructions thérapeutiques. Les thérapies comportementales et cognitives sont intéressantes lorsqu'elles visent le contrôle de l'impulsivité. On utilisera des médicaments pour contenir les angoisses massives et tenter d'élever le niveau de réactivité au stress.

Référence

Blaszczynski, A., Nower, L., (2002). A pathway model of problem and pathological gambling. *Addiction* 97, 487–499.

CHAPITRE 30

Comment prévenir le jeu excessif ?

J. Caillon

Introduction

Avec 28,8 millions de joueurs en 2010 et une dépense moyenne de 175 € par personne, la pratique des jeux de hasard et d'argent en France apparaît comme fréquente et banalisée ([OFDT, 2011](#)). Si pour la grande majorité des joueurs, cette pratique reste « récréative », certains vont développer une addiction. Face à ce constat et à la méconnaissance du grand public de cette problématique, il semble pertinent de s'interroger sur les stratégies de prévention qui peuvent être proposées.

Principes généraux de la prévention du jeu pathologique

L'objectif principal de la prévention est de réduire l'incidence et la prévalence du jeu problématique et pathologique. Les programmes et stratégies de prévention proposés seront mis en place en fonction de la population visée :

- *la prévention universelle* qui s'adresse à la population générale sans facteur de risque particulier ;
- *la prévention sélective* qui s'adresse aux individus ayant des facteurs de risque (psychologiques, biologiques, sociaux) qui les rendent plus vulnérables que la population générale ;
- *la prévention indiquée* qui s'adresse aux individus à haut risque présentant des signes de jeu problématique ([Inserm, 2008](#)).

Cibles des interventions de prévention universelle

En plus de la nécessité d'offrir un cadre de jeu sécurisé, il est important que le joueur qui prend la décision finale de jouer, puisse faire reposer cette décision sur un choix éclairé. Pour cela, le joueur doit disposer des informations nécessaires pour faire ce choix ([Inserm, 2008](#)). Peu développées pour aborder la question du jeu pathologique, plusieurs types d'actions éducatives existent.

Campagnes d'information

Ce type d'action a l'avantage de toucher un public large et permet, en utilisant les médias de masse (télévision, radio...), de contrer partiellement la promotion commerciale des opérateurs de jeu. Proposés par les gouvernements, ou par les opérateurs de jeu eux-mêmes, ces messages contiennent généralement une ou plusieurs informations qui encouragent à connaître ses limites et jouer « responsable », des informations sur le risque addictif potentiel de ce type de jeu et permettant d'identifier les symptômes/signes du jeu excessif, des informations sur une ligne d'aide ou un service, ou encore des informations mathématiques sur les chances de gain, sur les pensées erronées en situation de jeu... Ces actions, qui ont montré leur intérêt pour beaucoup de comportements à risque, permettent d'augmenter les connaissances de la population et de modifier les comportements. Cependant, pour que son efficacité soit maintenue, ces actions doivent être répétées régulièrement. Par exemple, une campagne de prévention menée au Canada en 2005 pour déconstruire les mythes autour des machines à sous, a permis de réduire significativement les pensées erronées en situation de jeu ([Williams et al., 2007](#)).

Initiatives éducatives

Ces programmes visent à renforcer la capacité des jeunes à affronter les dangers des jeux de hasard et d'argent. Ils incluent généralement des informations sur les risques et signes du jeu excessif, des informations statistiques sur les chances de gain, mais également un entraînement aux habiletés psychosociales. Citons parmi les programmes existant le programme « Lucky, le hasard on ne peut rien y changer » créé au Québec, ou la mallette Belge « Bluff » conçue par la Commission des Jeux de Hasard en 2010 pour prévenir des dangers spécifiques liés à la pratique du poker chez les adolescents ([Williams et al., 2007](#)).

Actions en amont

Les actions de parentalité ont montré leur efficacité pour réduire les comportements de prise de risque des adolescents comme l'usage de substances psychoactives. Plusieurs études ont aussi démontré l'influence de l'environnement, et plus particulièrement de la famille, comme facteur de risque de développer une conduite de jeu excessif (précocité de l'initiation, transmission des distorsions

cognitives...). Par conséquent, ce type d'action auprès des familles aurait également sa place dans la prévention du jeu excessif.

Cibles des interventions de prévention sélective

La politique de jeu responsable menée en France depuis plusieurs années s'inscrit dans le cadre de la prévention sélective. En 2006, le gouvernement a amené les opérateurs de jeu à prendre différentes mesures pour lutter contre le jeu excessif et promouvoir le concept de « jeu responsable ». Ainsi, les mesures réglementaires de protection ont été modifiées et renforcées, en particulier pour les interdits de casino (contrôle d'identité systématique à l'entrée des casinos) et les mineurs (interdiction de vente des jeux aux mineurs). Notons également l'obligation pour les opérateurs de jeu de sensibiliser leur personnel à la question du jeu excessif et de mettre à disposition de la documentation. Les mesures prises sur les aspects structurels des jeux contribuent également à la protection des joueurs, notamment par le plafonnement du taux de retour, la limitation du nombre de tirages possibles sur un même bulletin pour un jeu de loterie comme le rapido ou encore les modérateurs mis en place pour les sites de jeux en ligne (auto-limitation, affichage du solde du compte...). Cependant, très peu de ces actions ont été évaluées (Schellinck et Schrans, 2002 ; Ladouceur et al., 2000) ; leur efficacité et leur impact restent donc à démontrer.

Cibles des interventions de prévention indiquée

Pour les individus à haut risque présentant des signes de jeu excessif, plusieurs actions sont actuellement proposées comme la possibilité pour un joueur de s'inscrire sur le fichier national des interdits de jeu, détenu par le ministère de l'Intérieur. Cette démarche interdit l'accès aux casinos, aux cercles de jeu et sites de jeu en ligne agréés pour une durée de trois ans (non réductible). D'autre part, il est nécessaire de développer l'accessibilité aux soins et à des conseils spécialisés, en améliorant par exemple la mise en réseau précoce des personnes présentant des signes de jeu problématique (Dunand et al., 2010). Afin de favoriser l'évaluation des problèmes de jeu, l'accès aux soins, et répondre aux questions des joueurs, plusieurs outils ont été développés en France, comme la ligne téléphonique Joueurs Infos Service, ou celle de l'association SOS Joueurs, ou encore le site www.aide-info-jeu.fr créé par le Centre de Référence sur le Jeu Excessif. Ils s'adressent aux joueurs mais également à leur entourage.

Conclusion

De nombreux pays font aujourd'hui face à un développement important de l'offre de jeu sur leur territoire et sont donc confrontés à la nécessité de protéger la population des problèmes de jeu. L'absence de données scientifiques démontrant l'efficacité des programmes de prévention dans le maintien d'un comportement de jeu responsable chez les joueurs et leurs impacts auprès

des populations-cibles crée la confusion et entretient le débat autour des responsabilités respectives et des moyens financiers et humains engagés pour mettre en place une politique de jeu responsable (Papineau et Chevalier, 2003; Blaszczynski et al., 2011). Le développement du jeu sur internet nous interpelle aussi sur la nécessité de mettre en place des stratégies de prévention spécifiques face à ces nouvelles assuétudes.

Références

- OFDT, 2011. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. Tendances 77, 1–8.
- Inserm, 2008. Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions. Editions Inserm, Paris.
- Williams, R.J., West, B.L., Simpson, R.I., 2007. Prevention of problem gambling : a comprehensive review of the evidence. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Guelph, Ontario (CA).
- Schellinck, T., Schrans, T., 2002. Atlantic Lottery corporation VLT responsible gaming features research final report. Focal Research Consultants Ltd, Halifax.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Giroux, I., Ferland, F., Leblond, J., 2000. Analysis of a casino's self-exclusion program. *J. Gambl. Stud.* 16, 453–460.
- Dunand, C., Rhis-Middel, M., Simon, O., 2010. Prévenir le jeu excessif dans une société addictive. D'une approche bio-psycho-sociale à la définition d'une politique de santé publique. Editions Médecine et Hygiène, Genève.
- Papineau, E., Chevalier, S., 2003. Evaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 3, Revue critique de la littérature portant sur les évaluations d'interventions préventives. Institut national de santé publique, Québec.
- Blaszczynski, A., Collins, P., Fong, D., et al., 2011. Responsible Gambling : general principles and minimal requirements. *J. Gambl. Stud.* 27, 565–573.

CHAPITRE 31

Aide apportée aux joueurs excessifs et à leur entourage

A. Achour

Le jeu excessif entraînant de multiples conséquences, il convient avant tout de définir l'aide dont le joueur ou son entourage a besoin. S'agit-il d'une aide psychologique, juridique ou sociale, voire les trois ? Sous quelle forme l'aide est-elle souhaitée : prise en charge médicale, psychologique, en entretien individuel, en couple ou en groupe, à visée thérapeutique et/ou de soutien ? Il convient également d'examiner si d'autres mesures sont souhaitables pour accompagner la démarche entreprise : interdiction de jeu, logiciel de contrôle... Nous allons donc explorer ces différentes possibilités.

Lignes nationales d'aide

Pour les joueurs qui ont besoin d'évaluer leur pratique de jeu, il est aisé de décrocher son téléphone et de faire le point avec un professionnel qui peut les rassurer ou au contraire les alerter sur une pratique qui pose problème. Pour un entourage qui s'interroge pour les mêmes causes, la démarche est tout aussi facile.

En revanche, s'il s'agit d'un joueur conscient qu'il a perdu le contrôle sur le jeu ou de son entourage, il est souvent très difficile de parler de son problème. La honte ou la crainte d'être jugé sont des freins puissants. D'autant qu'une démarche vers un centre de soin n'est pas forcément la première étape souhaitée.

Les lignes d'aide répondent à ces besoins. Elles apportent un soutien précieux à une première prise de parole sur un sujet qui reste encore parfois « tabou ». Savoir qu'elles existent signifie « qu'on n'est pas tout seul » à se poser des questions, à ne pas savoir comment agir.

Briser le silence sur son problème, mettre des mots sur une souffrance, est souvent un grand pas qui soulage une fois accompli. L'empathie des écoutants permet de « se dire », et parfois d'aller vers une démarche de soin.

Plusieurs lignes dédiées existent.

- **Jeu Info Service** : 09.74.75.13.13 (ligne non surtaxée). Mise en place lors de l'ouverture à la concurrence et à la régulation du marché français des jeux en ligne, en juin 2010, ses écoutants accueillent les appels des joueurs et de leur entourage, de 8 h à 2 h, 7 jours sur 7. Outre l'écoute, ils apportent soutien et accompagnement. Des structures de soin proches du domicile peuvent également être proposées.

- **S.O.S. Joueurs** : 0810 600 115 (prix appel local) ou 04.93.04.45.02. Depuis 1990, cette association répond aux joueurs et à leur entourage sur trois plans : psychologique, juridique et social. Elle soutient, accompagne, assiste et conseille, de 9 h à 20 h, du lundi au vendredi. Elle oriente également vers les structures de soin proches du domicile. Auditionnée régulièrement par les pouvoirs publics, elle signale les pistes qui pourraient être explorées et les points à améliorer concernant la lutte contre l'addiction au jeu.

- **Net écoute** : 0800 200 000 (numéro vert). À destination des jeunes internautes et de leurs parents, depuis 2006 cette ligne reçoit principalement des appels de parents inquiets par une pratique « intensive » de jeu vidéo ou de jeu en réseau. Les conseillers informent et apportent un soutien, de 9 h à 18 h du lundi au vendredi.

Groupes de parole

Les groupes de parole sont encore peu nombreux sur notre territoire.

Groupes proposés par des structures de soin

Quelques structures de soin en ont mis en place, et d'autres devraient voir le jour dans un avenir proche, tant ces groupes sont des vecteurs de soutien pour les joueurs et leur entourage.

Le plus souvent fréquentés par des joueurs qui ne souhaitent pas, ou pas encore, entamer un suivi thérapeutique classique, ils accueillent également des joueurs qui ont engagé une psychothérapie et pour lesquels le groupe est un appui complémentaire et efficace à l'arrêt du jeu. Le fait de se retrouver entre joueurs vivant ou ayant vécu le même parcours, avec son cortège de souffrance, de mensonges, de vol souvent, permet de se sentir accueilli et surtout non jugé. Le groupe est un espace où il est possible de prendre la parole pour dire son impuissance à combattre son envie de jouer sans entendre en retour que « avec la volonté on y arrive », de pouvoir dire combien la vie familiale est bouleversée ou qu'on ne sait plus comment faire face à ses dettes... Il est également un lieu où des joueurs sauront exprimer avec des mots autres ce qu'un autre joueur aura du mal à verbaliser et qui pourra ainsi être compris, et plus tard intégré. Les anciens joueurs présents dans les groupes permettent également une identification positive, prouvant qu'il est possible de s'en sortir et servant d'appui.

Le groupe est également un espace où l'on peut apprendre à gérer ses tentations de retourner jouer, à gérer les « rechutes » et à les prévenir.

Groupes des *Gamblers Anonymous*

Les *Gamblers Anonymous* (Joueurs anonymes) proposent des groupes d'entraide où se retrouvent joueurs et anciens joueurs. Leur programme de rétablissement en douze étapes fixe le cap à tenir. Leur formule « juste pour aujourd'hui » permet de se fixer une limite d'effort au jour le jour, ajoutant un jour à un autre et ainsi de suite.

Ce mouvement est né aux États-Unis et est présent dans de nombreux pays. Il a cependant quelques difficultés à exister en France où les joueurs ont du mal à se fédérer sous cette forme. Cependant, les Alcooliques Anonymes, dont le fonctionnement est identique, connaissent un succès qui n'est plus à démontrer. Après plusieurs tentatives, dont la première remonte à 1992, les Gamblers anonymes existent de nouveau.

Les dates, heures et lieu des réunions sont indiqués sur le site www.gambler-sanonymous.org (cliquer ensuite sur « France »).

Pour l'entourage des joueurs, la même formule existe sous l'appellation *Gamanon*.

Les dates, heures et lieu des réunions sont indiqués sur le site www.gamanon.fr. À défaut, il est possible d'entrer en contact par courriel : contact@gamanon.fr.

Groupes de S.O.S. Joueurs

S.O.S. Joueurs propose des groupes supervisés par une psychologue. Les joueurs et leur entourage y sont accueillis dans la plus grande confidentialité, avec un cadre précis, après un premier échange téléphonique et un entretien individuel. C'est un lieu d'échange et de soutien, où d'anciens joueurs peuvent également servir d'appui dans le groupe. Plusieurs thèmes sont abordés, comme les outils à mettre en place pour faciliter l'arrêt du jeu, les rechutes et la prévention de celles-ci. Ils peuvent également être un appui à un travail thérapeutique déjà engagé ou un préalable à un travail individuel plus approfondi si le besoin s'en fait sentir ou encore une orientation vers un autre type de suivi.

Sites Internet dédiés aux joueurs et à leur entourage

Les sites Internet à destination des joueurs et de leur entourage traitent de deux types de jeux : les jeux d'argent et de hasard et les jeux vidéo.

Pour les jeux d'argent et de hasard

- Centre de Référence sur le Jeu Excessif : www.crje.fr et www.aide-info-jeu.fr
- S.O.S. Joueurs : www.sosjoueurs.org
- Joueurs info service : www.joueurs-info-service.fr

Pour un usage problématique des jeux vidéo

- Centre de Référence sur le Jeu Excessif : www.crje.fr
- Net écoute : www.netecoute.fr
- La guilde : www.hôpital-marmottan.fr/laguilde

Mesures permettant un meilleur contrôle de la pratique

Logiciel de contrôle parental

Le joueur adulte de jeu en ligne ne pense pas souvent au logiciel de contrôle parental, sans doute à cause du « parental » inclus dans la formule. Et pourtant il peut constituer un outil efficace pour amorcer un arrêt de jeu rendu difficile par la proximité de l'ordinateur à son domicile.

Il en existe plusieurs. Il suffit de taper « logiciel de contrôle parental » dans un moteur de recherche pour en trouver un. Un coût modeste permet de l'acquérir et les modalités de mise en oeuvre sont simples.

Interdiction

Estimant qu'il n'a pas besoin d'un suivi ou étant rétif à l'idée de consulter, un joueur peut souhaiter simplement une mesure concrète qui « l'empêche » d'aller jouer. Dans ce cas, une interdiction d'accès aux casinos terrestres et aux sites de jeu en ligne peut s'avérer judicieuse.

Dans d'autres cas, cette interdiction accompagnera une demande d'aide thérapeutique pour ne pas être « tenté » le temps que dure le suivi.

Il faut cependant noter que l'interdiction sur les sites de jeu en ligne n'est possible que pour les sites en « .fr », agréés par l'ARJEL. (Autorité de Régulation des Jeux En Ligne). Un habitué des sites en « .com » ne pourra bénéficier de cette mesure, ces sites étant considérés comme illégaux en France.

Par ailleurs, elle ne concerne pas les quelque 35 000 points de vente de la Française des Jeux et 10 000 du PMU, pour lesquels une telle mesure ne serait pas réalisable actuellement.

L'interdiction dure 3 ans et est renouvelable par tacite reconduction si le joueur n'a pas exprimé le désir de la voir lever au bout de cette période.

Elle ne peut cependant être sollicitée que par le joueur lui-même, auquel il sera demandé une pièce d'identité pour valider que c'est bien de lui dont il s'agit. Cette interdiction est facile à obtenir. Pour des raisons de confidentialité, elle se demande aux services du ministère de l'Intérieur qui sont seuls habilités à les recevoir.

Le joueur en difficulté peut procéder de deux façons :

- soit il souhaite un rendez-vous direct avec le service de l'endroit où il réside. Dans ce cas, il peut appeler SOS Joueurs qui lui indiquera la permanence la plus proche de son domicile;

- soit il sollicite ce rendez-vous en adressant une lettre manuscrite à l'adresse suivante :
 - Ministère de l'Intérieur
 - Direction des libertés publiques et des affaires juridiques
 - Bureau des cercles et jeux
 - Place Beauvau
 - 75800 Paris Cedex 08

Aide sur le plan financier

Surendettement

Dès lors que les dettes sont trop importantes pour pouvoir être remboursées, le réflexe est souvent de céder à la tentation de souscrire de nouveaux crédits sous forme de réserves d'argent. S'ils donnent une bouffée d'oxygène momentanée, leur taux d'intérêt très élevé aggrave encore plus la situation d'endettement du joueur et de son entourage. Il est plus raisonnable de faire appel à une commission de surendettement qui sera à même de trouver un accord avec les organismes prêteurs et d'obtenir une baisse des taux d'intérêt des crédits en cours, rendant le remboursement plus aisé.

Il faudra cependant veiller à fournir 3 relevés bancaires (les derniers) sans qu'aucune opération de jeu n'y figure, sinon le dossier risque d'être rejeté au prétexte que l'insolvabilité a été aggravée sciemment. Un joueur peut donc être considéré de « mauvaise foi ». Cette décision d'irrecevabilité peut être contestée dans un délai de quinze jours, mais il est rare d'obtenir gain de cause sans un solide dossier médical. Il y a plusieurs possibilités pour obtenir un dossier de surendettement :

- soit le télécharger directement sur le site Internet de la Banque de France ;
- soit le retirer dans une agence de la Banque de France proche de son domicile. La liste des agences est accessible sur le site de la banque de France ;
- soit encore, si l'on ne dispose pas d'Internet, s'adresser à sa mairie qui sera en mesure d'en communiquer les coordonnées.

Une conseillère en économie sociale et familiale ou une assistante sociale peut être une aide précieuse pour les personnes éprouvant des difficultés à remplir ce dossier.

Les mairies ont une parfaite connaissance des services sociaux de leur ville et particulièrement des services d'aide sociale dont leurs habitants dépendent. Elles peuvent en indiquer les coordonnées à ceux qui ne sont pas déjà suivis par un tel service :

- Bureau d'accueil et d'information de la Banque de France : 0811 820 820
- www.banque-france.fr, rubrique « Surendettement »

Mesures de protection judiciaires

Lorsqu'un joueur se trouve dans l'incapacité de satisfaire à ses obligations financières du fait de son addiction, il est parfois nécessaire de recourir à une mesure

de protection. Il en existe deux : la curatelle et la tutelle. Ces deux mesures sont cependant à manier avec une extrême précaution du fait des enjeux qui peuvent également les sous-tendre (vouloir, par exemple, préserver un héritage futur).

La tutelle n'étant préconisée que pour les personnes « vulnérables », - du fait par exemple de leur grand âge -, le choix se portera plutôt vers une curatelle.

Il n'est pas rare qu'un joueur la sollicite lui-même. Son entourage peut également la demander si le joueur ne peut s'y résoudre. Obtenir l'adhésion du joueur est cependant un gage de plus grande facilité pour la gestion ultérieure de ses ressources ou/et de ses biens.

Il est cependant déconseillé, sauf exception, qu'un membre de la famille soit désigné tuteur ou curateur du joueur, car les pressions pour obtenir de l'argent sont psychologiquement difficiles à vivre pour l'entourage. Le juge peut désigner un mandataire dont c'est le métier.

La curatelle renforcée pour prodigalité ayant été supprimée, seul un certificat médical d'un expert près les tribunaux attestant d'une altération ayant pour conséquence le « jeu pathologique » sera recevable par le juge des Tutelles chargé de statuer sur l'opportunité d'une telle mesure.

Le joueur sera bien entendu auditionné par le juge, ainsi que son entourage s'il le juge opportun. Pour obtenir un dossier de demande de protection, il faut s'adresser au greffe du service des tutelles du tribunal d'Instance de son domicile. Une liste des médecins experts sera automatiquement jointe à ce dossier.